

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Estudios Sociales y Globales

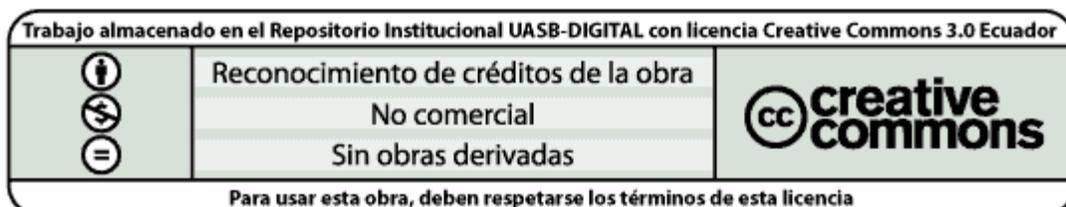
Programa de Maestría en Relaciones Internacionales
Mención en Economía y Finanzas

**Análisis del grado de compatibilidad de la política pública
pertinente para la aplicación del turismo médico en el Ecuador**

Autor: Rodrigo Marcelo Cevallos Simancas

Tutor: Michel Leví Coral

Quito, 2015



Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Rodrigo Marcelo Cevallos Simancas, autor de la tesis intitulada Compatibilidad de la política pública con la implementación del turismo médico: Caso Ecuador, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

10 de diciembre del 2015

Firma:

Resumen

El turismo médico es un fenómeno global y creciente, al que no es ajeno el Ecuador, y tiene implicaciones jurídicas, políticas, económicas y de organización para los sistemas de salud.

En los países desarrollados se registra una crisis en los sistemas de salud, con elevados costos en la prestación de estos servicios, largas listas de espera que obligan a los ciudadanos a buscar soluciones en otros países donde se ofrecen procedimientos a bajo costo. De esta manera se fomenta el turismo médico.

La evidencia demuestra que esta actividad genera divisas, dinamismo en las actividades económicas, generación de empleo, etc., especialmente en economías en desarrollo, en las que se ven involucrados diversos actores del sector público y privado.

Los objetivos de política de comercio, turismo y salud puede que no sean compatibles con la implementación del turismo médico en el Ecuador. El Ministerio de Turismo tiene como misión posicionar al país como destino turístico preferente, el Ministerio de Comercio Exterior promueve la exportación de servicios a mercados internacionales y el Ministerio de Salud Pública garantiza el derecho a la salud.

En este escenario la investigación cualitativa tiene como objetivo determinar el grado de compatibilidad de las políticas de comercio, salud y turismo en la aplicación del turismo médico en el Ecuador. Para cumplir con el primer objetivo se realiza una revisión de literatura especializada que permite conocer la estructura de estas políticas, como interactúan y la manera en que se relacionan y establecen vínculos jurídicos, económicos y políticos con la aplicación del turismo médico. En el segundo objetivo se realiza una descripción de la política pública en el Ecuador para conocer la interacción entre la política de comercio, turismo y salud en la aplicación del turismo médico.

A mis padres

A mi Mayita

A Isaac

Quiero agradecer a las personas que me han apoyado en este sendero interminable y apasionado del aprendizaje de la economía, especialmente a:

Mis tíos Marco y Patricio Simancas por sus buenos consejos,

Al Eco. Juan Fernando Carpio por su apoyo y confianza durante el período de estudios, además por compartir sus conocimientos económicos para una sociedad mejor.

A las economistas Tatiana Villacrés y Ana Cristina Mena por la oportunidad de trabajar en el campo de la economía de la salud,

Al profesor Marco Romero por su motivación al análisis económico con objetividad.

De manera especial quiero agradecer a mi tutor Michel Leví, que me tuvo paciencia en el desarrollo de esta investigación.

Tabla de contenidos

Índice de gráficos.....	8
Índice de tablas	8
Introducción	10
Capítulo primero.....	12
Revisión teórica de la estructura de la política pública en relación con el turismo médico.....	12
1. Definición, características y alcance del turismo médico.....	12
2. Globalización de los servicios de salud	16
3. Turismo médico y la política pública	17
3.1. El turismo médico en el marco del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios.....	20
3.2. Turismo médico y el comercio de servicios	25
3.3. Turismo médico y la salud.....	27
3.4. Medidas de política pública relacionadas con el turismo médico.....	29
3.4.1. Programa de Transformación Productiva en Colombia.....	29
3.4.2. El comercio internacional de servicios de salud en México.....	32
3.4.3. Costa Rica: el turismo médico es declarado de interés público y nacional	35
3.4.4. Puerto Rico, el turismo de salud una receta para el desarrollo	36
4. Balance de la estructura de política pública relacionada con el turismo médico	38
Capítulo segundo	41
Análisis de la política pública y la aplicación del turismo médico en el Ecuador....	41
1. Descripción del turismo médico a nivel internacional.....	41
2. Análisis de los recursos del sistema de salud, comercio de servicios y turismo en el Ecuador relacionados con el turismo médico	44
3. Descripción de la estructura institucional relacionada con el turismo médico	47
3.1. Política de comercio de servicios y turismo	48
3.2. Prestación de servicios de salud a extranjeros	54
4. Análisis de la política pública relacionada con la implementación del turismo médico en el Ecuador.	60
4.1. Reforma de salud	65
4.2. Servicios de Turismo	68
4.3. Comercio de servicios y déficit en la balanza de servicios.....	71
5. Balance del análisis de la política pública	75
6. Análisis de resultados desde la perspectiva de los actores directos en la aplicación del turismo médico en Ecuador.....	78
6.1. Metodología.....	78
6.2. Análisis de resultados	79
6.2.1. Turismo médico en el Ecuador.....	79
6.2.2. La importancia del turismo médico en el ámbito económico y sanitario	80

6.2.3. Política pública y turismo médico	81
6.2.4. Interacción entre política pública y turismo médico	84
6.2.5. Compatibilidad de la política pública con la implementación del turismo médico	85
6.2.6. Medición del comercio de servicios	86
6.2.7. Turismo médico y la balanza de servicios.....	87
6.2.8. Recomendación para armonizar la política pública y turismo médico	88
Conclusiones.....	90
Recomendaciones	94
Bibliografía	95
Anexos	105
Anexo 1: Lista de Siglas	105

Índice de gráficos

Gráfico 1	
Gasto de Bolsillo como porcentaje del Gasto Total de Salud	32
Gráfico 2	
Principales destinos de Turismo Médico en 2012 (miles de personas).....	33
Gráfico 3	
Arribo de Turistas Internacionales a nivel mundial (millones de turistas).....	44
Gráfico 4	
Evolución del gasto total en salud como % del PIB en países seleccionados de América Latina, 1995-2013.....	47
Gráfico 5	
Gasto en salud del MSP (millones de dólares y porcentaje)	66
Gráfico 7	
Entrada de extranjeros al Ecuador (millones y tasa de crecimiento).....	69

Índice de tablas

Tabla 1	
Comparativo de ahorros en procedimientos médicos por país	14
Tabla 2	
Listas de espera y tiempo medio de espera en días, en el Sistema Nacional de Salud de España.....	16
Tabla 3	
Modos de Suministro del Comercio de Servicios de Salud.....	24
Tabla 4	
Medidas de política pública adoptadas en materia de Turismo Médico.....	29
Tabla 5	
Estimado de exportaciones de Servicios de Salud en Colombia	30
Tabla 6	
Comparativo de precios, en relación con Estados Unidos de América, año 2015, (US \$ dólares)	43
Tabla 7	
Recursos en la provisión de servicios de salud (2013).....	45
Tabla 8	
Ecuador, Indicadores del gasto en salud (porcentajes).....	46
Tabla 9	
Pilares de la Agenda de Transformación Productiva.....	53
Tabla 10	
Política Sectorial de Turismo	54
Tabla 11	
Consultas ambulatorias en los servicios de salud del MSP por nacionalidad (2013 -2014)57	
Tabla 12	
Comparativo de precios de procedimientos médicos entre Ecuador y Estados Unidos (dólares).....	61
Tabla 13	
Estrategia para el desarrollo de Turismo de Salud en Cuenca, 2011	62

Tabla 14	
Arribo de turistas respecto a la población total, 2013 (mill. de personas)	69
Tabla 15	
Entrada de extranjeros por motivo de viaje, año 2014	70
Tabla 16	
Comparativo de precios y carga impositiva en pasajes aéreos	71
Tabla 17	
Balanza de servicios del Ecuador, (millones US \$).....	73
Tabla 18	
Resumen de la normativa para la implementación del turismo médico en el Ecuador	76

Introducción

La investigación realiza un análisis de compatibilidad de la política pública y el desarrollo del turismo médico en el Ecuador, que se basa en un concepto planteado por Snyder y otros (2013, 2) que se refiere a la “búsqueda planificada de los servicios médicos privados adquiridos por los pacientes fuera de sus sistemas nacionales de salud”, que además excluye otras formas de atención médica a extranjeros, que no corresponde a esta actividad, como son la atención transfronteriza, atención de emergencia y la atención médica de rutina a extranjeros residentes en determinado país.

Una de las principales motivaciones del turismo médico son los bajos precios de los procedimientos que se realizan en economías emergentes respecto a los países desarrollados (Canadá, Estados Unidos, países europeos). Además, el impulso de esta actividad se produce entre otros factores por: la globalización de los servicios de salud, para evitar las listas de espera, y optar por tratamientos que no están permitidos en determinados países. El desarrollo de la actividad está asociado a prestaciones de salud vinculadas con servicios hospitalarios de tercer nivel de atención, cirugía estética y tratamientos dentales, por mencionar los más importantes.

En la actualidad el turismo médico es un fenómeno global creciente que involucra la participación del sector público en la formulación de la política pública y del sector privado en la prestación de servicios de salud. Algunos gobiernos han optado por aprovechar las potencialidades y convertirlo en una oportunidad y, aportar al impulso del comercio de servicios a través de los servicios privados de salud. Los últimos han contribuido a fortalecer el sector con mejoras importantes la infraestructura, tecnología, personal capacitado, mejoras en gestión y calidad, etc.

La implementación del turismo médico a través de una política pública implica concertar intereses de política comercial y de salud, dado que el objetivo de los primeros está vinculado al impulso del comercio, al crecimiento económico, entre otros factores, a pesar de que uno de los objetivos sanitarios es garantizar el derecho a la salud. Ante esta incompatibilidad de intereses, la OMS exhorta a los gobiernos a garantizar los objetivos de comercio y salud entre los actores involucrados, a los que recomienda una serie de medidas para “asegurar un equilibrio y una coordinación adecuados entre los intereses del comercio y los de la salud” (OMS 2006).

El interés por el tema de investigación nace del ámbito profesional, para conocer desde el campo de la economía de la salud, la relación de la política pública con el turismo médico, por la importancia que tiene el sector de la salud como política de Estado y por los objetivos de la política de comercio y turismo en la aplicación del turismo médico, para determinar si estos intereses son compatibles con el turismo médico. Adicionalmente su abordaje académico vincula temas de política pública, turismo médico y comercio de servicios de salud para buscar las interrelaciones que se pueden determinar con la posible implementación de la política de turismo médico.

En el marco metodológico de esta investigación se utilizó el método cualitativo con el objetivo de explicar la interrelación entre la política pública y el turismo médico, para lo cual se realizaron una serie de entrevistas a personas interesadas con las variables de estudio. Las entrevistas fueron de tipo “no estructurada” que consisten en dar libertad para que el entrevistado exprese su conocimiento, percepción y puntos de vista respecto al tema.

El desarrollo de esta investigación tiene la siguiente estructura, dividida en dos capítulos. En el primer capítulo se dedica a realizar una revisión de la literatura especializada de turismo médico e identificar su relación con elementos conceptuales como: política pública, globalización de los servicios de salud, comercio de servicios. Además incluye una revisión de experiencias de países donde se impulsa el turismo médico y su relación con la política pública.

En el segundo capítulo se realiza un análisis de la política pública de salud, comercio y turismo frente al desarrollo del turismo médico en el Ecuador. Además hay un apartado con el análisis de información obtenida de las entrevistas. Finalmente se presentan las conclusiones y un conjunto de recomendaciones como resultado de la investigación. Cabe señalar que, conforme a la literatura especializada, no existe en el país el suficiente abordaje académico del turismo médico, por lo que este trabajo constituye una aproximación al conocimiento del tema.

Capítulo primero

Revisión teórica de la estructura de la política pública en relación con el turismo médico

En la actualidad el turismo médico es un fenómeno global creciente que involucra la participación del sector público y privado en la prestación de servicios de salud, por lo que es necesario revisar el tratamiento que han dado al tema varios autores. El primer capítulo está destinado a conocer y analizar los conceptos centrales de la investigación como turismo médico, comercio de servicios de salud, política pública; además a conocer la estructura de la política pública y su relación con el turismo médico.

1. Definición, características y alcance del turismo médico

El turismo médico está considerado como un fenómeno de alcance global. Para Johnston y otros (2010, 9) este fenómeno nace de una economía en proceso de globalización de manera constante que, también se manifiesta en la prestación de servicios de salud privado con fines de lucro. La aparición del turismo médico moderno como un fenómeno global se registra como una estrategia de supervivencia de algunos hospitales del Sudeste Asiático después la recesión asiática de 1997, que en la actualidad se ha convertido en un negocio millonario de alcance global (Hadi 2009, 8).

Según Snyder y otros (2013, 2) el turismo médico se refiere a la “búsqueda planificada de los servicios médicos privados adquiridos por los pacientes fuera de sus sistemas nacionales de salud” y, de acuerdo a esta definición, se excluye otras formas de atención médica en el extranjero que no corresponde a turismo médico como es la atención médica transfronteriza, atención de emergencia y la atención médica de rutina de extranjeros residentes en determinado país. Lunt y Carrera (2010, 28) proponen una clasificación de lo que no se considera turismo médico, por ejemplo los turistas que pueden necesitar atención de emergencia; extranjeros residentes de “larga duración” ya sea por motivos de trabajo, jubilados que también solicitan atención médica y las atenciones

transfronterizas es decir atenciones de salud entre países que comparten fronteras en la cual se pueden coordinar mecanismos de financiamiento.¹

Johnston y otros (2010, 3) definen al turismo médico como la búsqueda intencional de tratamiento médico, no de emergencia, fuera del país de origen y que es probable que incluya estancia pre o postoperatoria en el extranjero durante la cual puede llevarse a cabo algunas actividades turísticas. Cuando se dice que “puede llevarse a cabo algunas actividades turísticas” se debe tener en cuenta el tipo de tratamiento, por ejemplo, la práctica de un tratamiento dental si permite realizar actividades turísticas; mientras que procedimientos complejos relacionados con la ortopedia o cirugías cardíacas, por ejemplo, imposibilita realizar actividades turísticas complementarias al turismo médico (Horowitz, Rosensweig y Jones 2007). Para armar un concepto desde una lógica local, el turismo médico se refiere a la visita que un extranjero o un residente en el exterior hace a un país para someterse a un tratamiento médico y, de ser el caso, aprovechar de las bondades turísticas que ofrece el país receptor (La Prensa 2015).

El concepto a utilizarse en este trabajo de investigación es el de turismo médico, que tiende a asociarse con el turismo de salud como si fueran sinónimos, sin embargo, presentan diferencias. El turismo médico es parte del turismo de salud y, “se utiliza para describir la práctica de viajar a un destino diferente al lugar de residencia para obtener tratamiento médico, a la vez que se visita el destino y se realizan actividades más propias de un turista” (MINETUR 2013, 10); mientras que el turismo de salud implica también actividades relacionadas al bienestar como tratamientos alternativos, *spa*, termalismo, medicina ancestral etc.

También se dice que es una actividad emergente que está creciendo debido al aumento de listas de espera en países desarrollados, tipos de cambio internacionales, los servicios de bajo costo en países en desarrollo y el equipamiento médico de última tecnología compatibles con los nuevos servicios de salud (Masoud y otros 2013). En este

¹ Por ejemplo en la Unión Europea (UE) existe un marco normativo relativo a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza en el que “se pretende regular la asistencia transfronteriza y el sistema de reembolso de prestaciones entre países miembros de la UE, así como otros mecanismos de coordinación sanitaria” (MINETUR 2013, 14).

fenómeno el turista médico cruza las fronteras para acceder a servicios de salud motivados por los altos costos, tiempos de espera prolongados, lo que se traduce en falta de accesibilidad en sus sistemas de salud (Johnston y otros 2010, 1). El turismo médico se lo describe como un fenómeno, una actividad emergente que se desarrolla, principalmente, en servicios de salud de tercer nivel de atención² del sector privado, por lo que requiere de importantes inversiones (Johnston y otros 2010, 10).

Tabla 1
Comparativo de ahorros en procedimientos médicos por país

País	Rango de ahorros en procedimientos médicos que puede obtener un paciente estadounidense
Costa Rica	30%-86%
Colombia	31%-94%
India	48%-94%
México	41%-86%
Tailandia	18%-91%
Malasia	14%-95%
Singapur	5%-96%

Fuente: Medical Tourism, Compare Prices 2015.
 Elaboración propia.

Una vez definido el concepto de turismo médico, es necesario revisar algunas de sus características. La revisión de literatura especializada³ lo caracteriza como una actividad propia del tercer nivel de atención, con recursos humanos altamente capacitados, importantes inversiones en equipamiento con tecnología de punta. Otro factor clave, según Masoud y otros (2013), es la globalización de los servicios de salud para evitar las extensas listas y tiempos de espera en los países desarrollados y el bajo costo del tratamiento médico en países en desarrollo, a lo que se agrega la eficacia en la atención de salud.

² En los sistemas de salud la prestación de servicios de salud se clasifica por niveles de atención y capacidad resolutive. El primer nivel de atención resuelve necesidades básicas y más frecuentes de la comunidad con énfasis en la promoción y prevención de la salud. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. El tercer nivel de atención incluye establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados en los que se resuelven problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad etc. (MSP 2013a, 86).

³ Ver: Bolis 2001, Lunt y Carrera 2010, Johnston y otros 2010, Pocock y Phua 2011, Snyder y otros 2013, entre los más importantes.

Horowitz (2007) menciona que la razón principal es el atractivo “bajo costo” de los procedimientos médicos, además hace énfasis en que otra de sus características es que el paciente puede disponer de procedimientos que están restringidos en sus países de origen, como en el caso del tratamiento con células madre, o como mecanismo para proteger su privacidad y confidencialidad en procedimientos médicos que impliquen cirugías plásticas, procedimientos de cambio de sexo o de rehabilitación de drogas.

Además, la literatura reciente en materia de turismo médico, menciona que para algunos sistemas de salud (europeos) es más importante descongestionar el sistema de salud nacional, para acortar los tiempos y las listas de espera⁴ que el factor económico. En Europa el turismo médico está impulsado por las listas de espera y la falta de especialistas y no necesariamente por el ahorro de dinero que pueda obtener el sistema (Lunt 2015), esquema que coincide con un análisis realizado para los países de la OCDE, que afirma que las listas y los tiempos constituyen un serio problema de salud pública para intervenciones quirúrgicas no urgentes prácticamente en la mitad de los países de este grupo (Cañizares y Santos 2011, 11). Una de las estrategias para hacer frente a las listas de espera es la utilización de servicios de salud en el extranjero.

⁴ La lista de espera se define al “al conjunto de personas que en un momento dado, se encuentran en espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica u odontológica, para un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo autorizado en la red y teniendo documentada tal petición”; mientras que el tiempo de espera se define como “el tiempo transcurrido entre la fecha de entrada a la lista y la fecha de salida de ella” (Ministerio de Salud de Chile 2011, 15-16).

Tabla 2
Listas de espera y tiempo medio de espera en días, en el Sistema Nacional de Salud de España

Especialidad	A 31 de Dic. del 2003		A 30 de Junio del 2010		A 30 de Junio del 2014	
	N.º de pacientes	Tiempo medio de espera en días	N.º de pacientes	Tiempo medio de espera en días	N.º de pacientes	Tiempo medio de espera en días
Cirugía general y digestivo	92.020	70	68.950	58	100.201	85
Ginecología	28.997	68	21.086	51	22.159	54
Oftalmología	87.786	69	77.660	54	116.528	66
Otorrinolaringología	33.510	84	29.782	61	39.608	84
Traumatología	106.033	87	101.989	68	157.653	117
Urología	30.325	62	25.913	52	35.398	63
Cirugía cardiaca	2.345	66	2.544	62	3.175	63
Angiología/ Cirugía vascular	10.787	93	10.349	64	13.509	103
Cirugía maxilofacial	5.726	162	5.973	65	7.457	87
Cirugía pediátrica	11.812	77	10.720	71	14.809	110
Cirugía plástica	10.817	83	12.017	84	15.783	128
Cirugía torácica	998	70	1.135	46	1.504	60
Neurocirugía	6.714	96	6.439	72	9.964	154
Dermatología	8.358	113	7.304	41	14.257	48
Total	436.228	77	381.753	61	552.005	90

Fuente: Ministerio de Sanidad de España- Sistemas de Información de Listas de Espera.
Elaboración propia.

2. Globalización de los servicios de salud

En la actualidad el proceso de globalización se caracteriza por el inevitable cambio tecnológico, la participación de nuevos y agresivos competidores globales que se desenvuelven en un escenario competitivo, con amenazas proteccionistas y regulatorias, (Rosales 2015, 90) y por un acelerado proceso de liberalización económica con una sistemática eliminación de barreras al comercio, industria y el sistema financiero con transformaciones marcadas en las relaciones de trabajo, en el capital financiero y en la sociedad.

En la globalización de los servicios de salud, autores como Vargas (2014, 47) y Bernal (2007, 86) sostienen que hay sectores en que el proceso de globalización económica ha sido menos generalizada, como el caso de la prestación y reglamentación de servicios de salud, que está a cargo del gobierno como principal proveedor y empleador de los profesionales de salud, y se encuentra limitada al territorio nacional y protegida por intereses locales.

Además hoy en día asistimos a la etapa inicial de la globalización de los servicios de salud debido, entre otros factores, a la diferencia de precios entre los países, la movilidad de

los pacientes, menores costos de transporte y la disponibilidad de mejores tecnologías (médicas y de la información).⁵

En la etapa inicial del turismo médico, los pacientes con alto poder adquisitivo de los países en desarrollo buscaron tratamientos especializados y de alta calidad en hospitales de países desarrollados, o en países vecinos con altos estándares en la prestación de servicios de salud. En la actualidad se mantiene el patrón, pero son los pacientes de países desarrollados los que buscan tratamientos accesibles a bajo precio, de alta calidad en los países en desarrollo (Chanda 2002, 36).

3. Turismo médico y la política pública

En algunos casos la política comercial y la política social no coinciden en intereses comunes y más aún en el ámbito de la política sanitaria. Existen documentos de organismos internacionales referidos a la salud en los que se sobrepone el interés sanitario a cualquier otro tipo de interés. Por ejemplo, cuando se habla de Promoción de la Salud en la Carta de Ottawa⁶, se exhorta en temas de alimentación saludable a “oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos” (OMS 1986, 4) en clara alusión a los intereses de la industria alimenticia; así mismo en temas relacionados al tabaco, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (tratado internacional) menciona en su, (art. 5, num. 3), que las políticas públicas referidas al convenio actuarán de manera que protejan “contra los intereses comerciales y otros intereses creados por la industria tabacalera” (OMS 2003, 7), lo que demuestra dos claros ejemplos en que la política sanitaria prevalece sobre otros intereses de política pública.

Al establecer un grado de compatibilidad y coherencia entre la política de salud y la política pública, la Organización Mundial de Comercio (OMC) ha sido una de las instituciones más activas en promover la búsqueda de estos vínculos, cuya tarea se vuelve

⁵ Al respecto Bernal (2007, 86) sostiene que “los sistemas nacionales de salud son predominantemente públicos y gestionados por el sistema público, pero hay también un sector privado de salud cuya participación varía según la riqueza de cada país... y que el Sistema Nacional de Salud gestionado por el gobierno puede considerarse una organización única que, a diferencia del sector privado no tiene incentivo para extenderse más allá de las fronteras nacionales y participar en alianzas estratégicas transfronterizas.”

⁶ La Carta de Ottawa es un compromiso asumido por los integrantes de la Organización Mundial de la Salud en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud desarrollada en la ciudad canadiense de Ottawa el 21 de noviembre de 1986.

hasta cierto punto complicada. En un trabajo conjunto la OMC y OMS (2002, 156) sostienen que “es fácil apoyar la coherencia entre políticas como cuestión de principio, pero es difícil lograrla en la práctica”, dado que son dos enfoques de por sí diferentes entre el comercio y la salud.

Desde el punto de vista del comercio, “la salud puede ser vista en el contexto de acuerdos comerciales cuyo propósito esencial es liberalizar el comercio. Por el contrario, los profesionales de la salud pueden percibir que la necesidad de someter las medidas sanitarias al examen de los funcionarios de comercio subordinará la salud a los intereses comerciales”, por lo que estas discrepancias pueden “hacer difícil el logro de la coherencia”. En Canadá se ha adoptado una posición estratégica en temas comerciales por considerar desde un principio el enfoque sanitario, debido al “creciente reconocimiento dentro del ministerio de salud del impacto cada vez mayor del comercio internacional sobre la salud” (OMS y OMC 2002, 160).

En este ámbito ya ha habido acercamientos, en Canadá, entre las máximas autoridades de comercio y salud para lograr la “coherencia” de objetivos. Es muy común en la práctica distinguir los objetivos comerciales y de salud, Smith y otros (2009, 7) reconocen que los involucrados en la salud tienden a considerar al comercio desde la perspectiva del sistema de salud, específicamente desde sus indicadores, con poco o nulo interés en la agenda comercial, mientras que el personal involucrado en comercio a su vez considera los objetivos de salud como una potencial barrera para el comercio, dado que el objetivo es maximizar indicadores como el crecimiento económico (PIB), por lo tanto con poco interés en objetivos de política de salud. Para lograr la compatibilidad y coherencia es necesaria una acción concertada y estratégica que permita abordar los vínculos entre el comercio y la salud.

En Hungría se destaca la proactividad del gobierno en la promoción y difusión de la industria del turismo médico en Europa Central, del Este y la Unión Europea. Esta actividad se considera como un vehículo para el crecimiento económico, así como una oportunidad de mejorar el sistema de salud (Lunt 2015, 323).

El impulso de la actividad es una prioridad para la economía nacional, tal es así que se encuentra plasmada en el Plan de Széchenyi, que promueve el desarrollo económico e identifica a la industria de la salud parte de la estrategia global, y en la Estrategia Nacional de Desarrollo de Turismo que incluye el producto de turismo médico como una prioridad, las oportunidades del sector con un enfoque integral para la competitividad del país (Kiss 2012, 60). En este caso, el producto turismo médico es parte de la estrategia del gobierno, con participación activa del Ministerio de Economía y del Ministerio de Turismo.

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud exhorta a los gobiernos a garantizar los objetivos de comercio y salud entre los actores involucrados y para lograrlo resuelve lo siguiente:

Reconociendo la demanda de información sobre las posibles repercusiones del comercio internacional y los acuerdos comerciales para la salud y la política sanitaria a nivel nacional, regional y mundial;

Consciente de la necesidad de que todos los ministerios pertinentes, incluidos los de salud, comercio, finanzas y asuntos exteriores, colaboren constructivamente para asegurar un equilibrio y una coordinación adecuados entre los intereses del comercio y los de la salud,

1) a que promuevan el diálogo a nivel nacional entre las partes interesadas para analizar las interacciones entre el comercio internacional y la salud;

2) a que adopten, cuando proceda, políticas, leyes y reglamentos que aborden las cuestiones identificadas en ese diálogo y aprovechen las posibles oportunidades y afronten las posibles dificultades que el comercio y los acuerdos comerciales pueden presentar para la salud, estudiando, cuando proceda, el uso de las flexibilidades que éstos contemplen;

3) a que apliquen o establezcan, cuando proceda, mecanismos de coordinación en los que participen los ministerios de finanzas, salud y comercio, y otras instancias pertinentes, para abordar los aspectos del comercio internacional relacionados con la salud pública;

4) a que establezcan relaciones constructivas e interactivas en los sectores público y privado para asegurar la coherencia de las políticas comerciales y sanitarias nacionales;

5) a que sigan desarrollando capacidad a nivel nacional para seguir de cerca y analizar las oportunidades y las dificultades potenciales del comercio y de los acuerdos comerciales para el desempeño del sector de la salud y los resultados sanitarios (OMS 2006, 40).

Esta resolución del máximo organismo de salud, puede ser el punto de partida para la formulación de una política pública de turismo médico auspiciada desde el gobierno, ya sea “en forma de leyes, decretos, regulaciones, reglamentos, controles, disposiciones, programas, medidas, órdenes y otros actos adoptados o ejecutados en el curso de su acción para alcanzar las metas previstas” (Borja 2015). Este autor también plantea que la formulación y ejecución de una política pública implica un proceso que inicia con los estudios, investigaciones, análisis, estadísticas, deliberaciones y la toma de decisiones en diferentes niveles y ramas del gobierno.

Desde el punto de vista teórico se encontró que si hay un trabajo a favor de lograr la compatibilidad o coherencia entre los intereses del comercio internacional y la política de salud a través del establecimiento de comités interinstitucionales en donde se puedan conocer y discutir sus agendas por lo que es importante saber qué sucede en la práctica, cuál es el grado de vinculación y los objetivos de agenda entre las partes interesadas.

3.1. El turismo médico en el marco del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios

El AGCS fue *uno de los principales logros de la Ronda Uruguay* y entró en vigencia a partir de 1995, basado en los mismos objetivos del comercio de mercancías: “crear un sistema creíble y fiable de normas comerciales internacionales; garantizar un trato justo y equitativo a todos los participantes (principio de no discriminación); impulsar la actividad económica mediante consolidaciones garantizadas y fomentar el comercio y el desarrollo a través de una liberalización progresiva” (OMC 2015).

El AGCS no menciona de manera explícita el turismo médico, ni el comercio de servicios de salud, más bien resalta que “muchos servicios, que desde hace tiempo han sido considerados como actividades genuinamente nacionales, que han ido adquiriendo cada vez más movilidad nacional” (OMC 2015) que la ha convertido en una actividad emergente.

El AGCS en el numeral 3 literal b) del artículo I (Alcance y Definición), presenta el vínculo entre servicios y suministro público:⁷

⁷ Autores como Mora (2008) y Umaña-Peña y Álvarez-Dardet (2005) sostienen que el AGCS no establece una definición precisa del término servicio.

b) el término "servicios" comprende todo servicio de cualquier sector, excepto los servicios suministrados en ejercicio de facultades gubernamentales;

c) un "servicio suministrado en ejercicio de facultades gubernamentales" significa todo servicio que no se suministre en condiciones comerciales ni en competencia con uno o varios proveedores de servicios (OMC 1995, 306).

Entonces se establece que los servicios de salud, son una actividad circunscrita al quehacer doméstico y a cargo del Estado, donde prevalece el interés de la política de salud, en este aspecto el AGCS reconoce a los estados en su exposición de motivos:

El derecho de los miembros a reglamentar el suministro de servicios en su territorio, y a establecer nuevas reglamentaciones al respecto, con el fin de realizar los objetivos de su política nacional, y la especial necesidad de los países en desarrollo de ejercer este derecho, dadas las asimetrías existentes en cuanto al grado de desarrollo de las reglamentaciones sobre servicios ven los distintos países.

En principio, son los servicios de salud, educación, transporte, suministro de agua, energía etc. los que quedarían fuera del ámbito del AGCS, ya sea que el suministro está a cargo de entidades gubernamentales y que no se presta en condiciones comerciales. Es necesario considerar que en la prestación de servicios de salud hay una importante oferta desde el sector privado, por lo que se reconoce la facultad de los Estados para adoptar medidas acordes a sus intereses y prioridades en la política nacional. Desde el punto de vista teórico de la aplicación del AGCS, se puede deducir que en este punto surge la falta de compatibilidad de la política pública, entre las diferentes instituciones del Estado.

Desde el AGCS se reconoce y acepta que los servicios deben estar sujetos a las regulaciones del gobierno, mientras que las entidades gubernamentales relacionadas con el comercio impulsan estas nuevas modalidades de inserción internacional. En este escenario se presenta una actividad emergente, el turismo médico, con un marco jurídico ambiguo para los intereses de un Estado.

Ahora hay que considerar que en el caso de los servicios de salud, el suministro es público y privado porque obedece a la conformación del mercado y a la organización institucional del sistema de salud,⁸ por lo que en el caso del suministro comercial muchos consideran que no debe quedar fuera ni estar exentos del marco regulatorio del comercio de servicios, dentro del AGCS.

Para la secretaría de la OMC «el sector hospitalario de muchos países está constituido por entidades públicas y privadas que operan sobre una base comercial, cobrando al paciente o a su seguro por el tratamiento administrado», por lo cual «parece poco realista en tales casos pretender que se deba seguir aplicando el párrafo 3 del artículo 1, y/o mantener que no existe una relación de competencia entre los dos grupos de proveedores o de servicios». Además, plantea que la coexistencia de hospitales públicos y privados suscita interrogantes sobre «sus relaciones de competencia y la aplicabilidad del AGCS». Por ello, los países que han alentado la participación privada en sus sistemas de salud no estarían cobijados por dicha excepción (Umaña-Peña y Álvarez-Dardet 2005, 478).

De lo anterior se puede concluir que el Estado puede decidir qué sectores de servicios se reglamentan o liberalizan al comercio internacional, en el caso de los servicios de salud es el Estado el que ha decidido no profundizar en su liberalización, porque la prestación del servicio se lo hace desde el sector privado y desde el sector público y, además responde a una política de Estado, por lo tanto es un sector con características propias que al no disponer de un equilibrio normativo puede afectar el interés general.⁹

Por los cambios producidos con la globalización de la economía y la introducción de tecnologías de la información y comunicación, hoy en día resulta difícil lograr una definición del alcance de los servicios. Por ejemplo, Mora (2008, 136) destaca la diversidad, naturaleza y especificidad de los servicios, por lo que no hay una “definición de servicios admitida de manera universal” y concluye que la prestación de un servicio es “la

⁸ Uno de los problemas económicos en la prestación de servicios de salud son los mercados inconexos que hace referencia a la forma en que cada país configura, de forma peculiar y con diferentes restricciones, su propia organización de servicios de salud, impidiendo la asimilación entre componentes de sistemas de salud diferentes (Ardila y otros 2006).

⁹ Umaña señala que el interés del AGCS, dentro del ámbito del comercio de servicios, es romper los aranceles internos que suponen la existencia de servicios públicos para incrementar el desarrollo económico, pero la implementación de estas políticas no considera los beneficios para la salud que supone la redistribución de la riqueza como la existencia de una red de servicios públicos de salud ambos con un efecto positivo en la salud de la población.

actividad que realiza un productor...debe producir un cambio en la condición del consumidor. De esta manera se lleva a cabo la prestación del servicio”. Por lo tanto ha sido complejo armonizar un concepto de servicios como parte del comercio internacional.

¿En qué momento surge la contradicción entre la política de comercio y la política de salud dentro del AGCS? La respuesta puede venir de Smith y otros (2009, 593), cuando establecen que es importante comprender el contexto del comercio de servicios de salud, que coexiste con las políticas de un sistema nacional de salud y, según los autores, es ahí donde se produce una primera contradicción, cuando las negociaciones comerciales se producen al margen de los profesionales de la salud, por lo que recomiendan una estrategia de negociación conjunta entre los responsables nacionales de la política de comercio y salud para minimizar los riesgos y generar oportunidades que ofrece el comercio de servicios de salud.

En un inicio “los servicios fueron considerados tradicionalmente como rubros no comerciables debido a que, por lo general requieren la presencia simultánea del proveedor, el consumidor y su movilidad” (Bolis 2001, 3). Para el caso del turismo médico se considera lo que establece en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) en el modo de suministro 2: “Consumo de Servicios en el extranjero (pacientes que viajan al extranjero para recibir tratamiento)”, esta modalidad como oportunidad, desde el punto de vista económico, puede generar un importante ingreso de divisas y, un riesgo para el sistema de salud ya que puede “generar un desplazamiento local y desviación de recursos para atender extranjeros en el sistema hospitalario nacional” (Drager y Fidler 2004, 4). Desde este enfoque se va a utilizar el Modo de Suministro 2, Consumo de servicios en el extranjero que ha sido relacionado en la literatura con el turismo médico.

Tabla 3

Modos de Suministro del Comercio de Servicios de Salud

Modos de Suministro	Descripción
Modo 1: Transfronterizo	Prestación de un servicio de salud a distancia, con la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación, ejemplo: teleconsulta, teleradiología.
Modo 2: Consumo de servicios en el extranjero	Se refiere al turismo médico, donde los pacientes viajan al extranjero para recibir tratamiento.
Modo 3: Presencia comercial	Inversión Extranjera Directa , se refiere al movimiento de capitales en otros países, por ejemplo para establecer un nuevo hospital, clínica, centro de diagnóstico etc.
Modo 4: Presencia de personas físicas	Se refiere al movimiento temporal de profesionales de la salud, médicos enfermeras.

Fuente: Smith y otros(2009, 594).

Elaboración propia.

Drager y Fidler (2004, 1) establecen relaciones entre el sistema de comercio vigente (comercio de servicios) y las prestaciones de salud a los individuos, en este caso los servicios hospitalarios, donde los análisis advierten que por sí solo la aplicación del Acuerdo (AGCS) si afecta la prestación de los servicios de salud de muchas formas y sugieren a los planificadores de políticas sanitarias que “deben estar preparados para participar en ese proceso a fin de asegurar que dicha liberalización se desarrolla de manera que se tomen debidamente en consideración las necesidades de los gobiernos nacionales a la hora de asegurar la prestación y reglamentación de los servicios relacionados con la salud”.

Los análisis realizados del Acuerdo (AGCS) en relación a los servicios de salud señalan que “los servicios de salud que proporcionan los gobiernos están fuera del alcance del AGCS, debido a que no se ajustan a las condiciones de mercado” (Portas 2011, 11),entonces, según el AGCS y los análisis del mismo el turismo médico quedaría excluido por tratarse de una prestación gubernamental (OMC 2014, 306). Pero la dinámica del comercio de servicios, en el caso de servicios de salud, es otra, por lo que bajo esta consideración el AGCS no se ajusta a esta realidad de esta actividad emergente.

En la literatura de turismo médico se destaca la dificultad y el intento de cuantificar la movilidad y los ingresos que genera la actividad. Desde el comercio de servicios la preocupación radica en la mínima disponibilidad de estadísticas; por ejemplo no hay información confiable sobre el flujo de pacientes entre países, solo se sabe que el número de turistas médicos se ha incrementado en los últimos años, los datos disponibles de la

actividad son estimaciones de los actores involucrados. Desde el AGCS se hace énfasis en la “deficiencia de estadísticas”, los diferentes métodos de recopilación de datos y en las definiciones para determinados servicios por lo que resulta difícil la comparación entre países, por lo que constituye un desafío y un problema a resolver el contar con información confiable de los flujos de comercio de servicios (Mora 2008, 139). El problema de la información, según esta autora, puede presentarse para el rubro de los servicios en general.

3.2. Turismo médico y el comercio de servicios

Una vez establecido el turismo médico dentro del modo de suministro 2 en el contexto del comercio de servicios, se justifica que el turismo médico es resultado de los precios bajos, avances en las tecnologías, el aumento de la movilidad de los pacientes y una activa participación del sector privado. A continuación se realiza una revisión de la literatura entre la política pública, el turismo médico y el comercio de servicios de salud.

Para Pocock y Phua (2011, 4) el turismo médico se extiende al ámbito de las políticas de comercio y salud, dado el rápido crecimiento del comercio de servicios, la movilidad internacional especialmente de los pacientes, los avances en las tecnologías de la información y la espectacular expansión del sector privado de servicios de salud. Lo relevante de este documento es que ubica en el tapete los objetivos del comercio y la salud, que por su naturaleza son contradictorios dado que el comercio promueve una mayor liberalización, menos intervención del gobierno para un mayor crecimiento económico, mientras que los objetivos sanitarios se enfocan en la equidad y en la cobertura universal de salud por mencionar unos.

Johnston y otros (2010, 5) mencionan que la actividad del turismo médico es una importante fuente de ingreso de divisas para la economía con potencial crecimiento y que actualmente se desarrolla fuera de todo marco regulatorio. En 2010, en países como India, Malasia y Tailandia estimaban una tasa de crecimiento del 25% anual en actividades relacionadas con el turismo médico. Además de precios bajos, el debate se enfoca en que el crecimiento del turismo médico se ha dado gracias al apoyo público a través de subsidios del gobierno, reducción de aranceles en la importación de equipos médicos para el uso en hospitales privados que fomentan la actividad, lo que genera inequidad en el acceso a los

servicios de salud por los altos costos y por las actividades propias del sector médico privado, en detrimento de la atención a los ciudadanos.

En un trabajo de tipo cualitativo de Snyder y otros (2013, 6), referido, a la “Comprensión de los Impactos del Turismo Médico” en Barbados, se percibe como una preocupación la expansión de turismo médico, que es impulsado por el Ministerio de Turismo y que no siempre representa los objetivos del Ministerio de Salud. Bajo esta perspectiva, según una parte interesada, el turismo médico es visto como un subconjunto del producto turístico que ha generado debates sobre esta actividad y el potencial de incrementar los ingresos y, concluye que los objetivos de los interesados que impulsan el desarrollo del turismo médico pueden diferir y tener conflictos con los objetivos y políticas, en este caso con los trabajadores y administradores del sector de salud pública.

Barriga y otros (2011, 136), concluyen que el turismo de salud en Colombia “es una verdadera actividad industrial y económica que genera un gran impacto en el desarrollo social y económico de los países receptores”, gracias a las capacidades adquiridas (infraestructura, investigación, recurso humano, etc.). En cuanto a la relación de compatibilidad entre las políticas de turismo y de salud, el texto menciona que “son conceptos ligados de tal manera que ya sea en conjunto o por separado, inciden en la economía de los países y son parte importante de la política social”. Con la participación del sector privado su promoción está a cargo del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo como parte del Programa de Transformación Productiva.

Por último, en un reciente trabajo de la CEPAL se recogen las sugerencias de algunos autores en cuestión de política pública para garantizar la materialización de los beneficios potenciales de comercio de servicios de salud, por ejemplo, exigen que el propósito del comercio de servicios es el “de promover los objetivos de salud pública y la prestación de asistencia sanitaria universal a la población local como el principal objetivo de cualquier política que promueve la exportación de servicios de salud” (Artecona 2012, 28).

3.3. Turismo médico y la salud

Si bien el fomento del turismo médico es percibido como un instrumento para la generación de divisas, dinamizar las actividades económicas, generar empleo, fomentar la investigación en salud y una oportunidad para que la población acceda a servicios de salud a bajo costo, especialmente en economías en desarrollo, se identifican algunas desventajas de su implementación para el sistema de salud.

En la actualidad se ha identificado que la actividad del turismo médico puede generar efectos positivos y negativos. Los primeros se relacionan a la actividad económica conexas (comercio y turismo); mientras que los segundos, de acuerdo a la revisión bibliográfica, se trasladan al sistema público de salud y sus consecuencias a la población local. El sector público tiene como objetivo garantizar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos con principios de equidad, mientras que el principal objetivo del sector privado es maximizar las ganancias mediante la atracción de pacientes extranjeros (Artecona 2012, 27).

Para Chanda (2002, 38), el comercio de servicios de salud genera una estructura dual de mercado que produce una segmentación en la prestación de los servicios, un sistema de calidad para un segmento de ciudadanos con alto poder adquisitivo y extranjeros; y un sistema para personas con recursos limitados. Esta preocupación está presente en muchos autores y en los lugares donde se promueve el turismo médico. El consumo de servicios médicos por parte de extranjeros puede dar lugar a una estructura del mercado de atención de salud dual que puede desviar los escasos recursos de salud de los pobres, además puede haber una migración de los recursos, especialmente recurso humano, del sector público al sector privado, lo que limita el desarrollo del sistema nacional de salud (Pachanee y Wibulpolprasert 2006, 310). Este desplazamiento de recursos humanos del sector público al sector privado para promover el turismo médico puede considerarse como una amenaza, dado que los profesionales especializados son motivados a trabajar en establecimientos de salud para atender pacientes extranjeros, debilitando las políticas de salud.

En la literatura se encontró, por ejemplo, que en Tailandia “se ha agravado la falta de personal médico al tentar a muchos trabajadores procedentes de los sectores público y

privado para que trabajen en hospitales orientados a los extranjeros. Esto ha provocado un aumento sustancial de costes en los hospitales privados y probablemente también conllevará un aumento de los mismos en hospitales públicos y en el seguro sanitario universal del que se benefician la mayoría de los tailandeses” (NaRanong 2011). Así mismo puede ser un alivio para los sistemas de salud con largas listas de espera, los pacientes que buscan atención en el extranjero pueden ayudar a eliminar los retrasos y los gastos de la ampliación de la capacidad local. La desventaja de esta opción es que los países pueden tener menos incentivos para mejorar el acceso al sistema nacional de salud (Helble 2011).

La participación del sector privado con servicios de salud de tercer nivel de atención, y las motivaciones para esta nueva tendencia se dan principalmente por el acceso a “tratamientos menos costosos que en sus países de origen, por evitar largas listas de espera en los sistemas de salud de sus países” (Bernal 2007, 88) y atraídos por servicios de turismo que se pueden aprovechar en el viaje.

Pocock y Phua (2011, 11) establecen las implicaciones políticas del turismo médico para los sistemas de salud, a través de un marco conceptual en el que analizan la gobernanza del sistema, provisión de los servicios, el financiamiento, recursos humanos, y regulación del sistema y menciona que esta puede traer beneficios económicos a los países, incluidos los recursos adicionales para la inversión en asistencia sanitaria. Sin embargo, si no se gestiona y regula los beneficios económicos del turismo médico para el sistema de salud, su fomento puede ser a costa del acceso y uso de los servicios de salud, por parte de los usuarios locales.

También se deben considerar aspectos éticos del turismo médico, por ejemplo “procedimientos que en el país de origen son ilegales y son ofrecidos en otro porque su desarrollo es legal (abortos, eutanasia) o, lo que es peor, los ofrecen y son ilegales tanto en el país de origen como en el país que ofrece el servicio”, a esto podemos agregar el tráfico de órganos, etc.

Las complicaciones médicas son otro aspecto a considerar dado que cuando los pacientes regresan a su país de origen “crean una carga económica y ética para los profesionales de salud del país de origen”, estas complicaciones médicas que son tratadas en el país de origen como resultado del turismo de salud generan un problema de inequidad

en el acceso a los servicios de salud a la “población con menos posibilidades económicas” (Barriga y otros 2011, 134).

3.4. Medidas de política pública relacionadas con el turismo médico

En muchos países se ha adoptado la estrategia de turismo médico, como se vio en la revisión de la literatura especializada, con los potenciales beneficios en la parte económica y con posibles repercusiones para el sistema nacional de salud. Debe existir además una fuerte coordinación entre los actores gubernamentales y el sector privado, así como establecer un equilibrio entre la política de comercio y turismo con la política de salud, que a la final busca generar un grado de compatibilidad de la política pública entre lo económico y social. A continuación se describen las experiencias de política pública relacionadas con el turismo médico en algunos países.

Tabla 4
Medidas de política pública adoptadas en materia de Turismo Médico

País	Ley	Plan o Política	Programa
Colombia			x
México			x
Costa Rica			x
Puerto Rico	x	x	

Fuente: La Iniciativa de Ley General de Turismo Médico del Senado de la República de México. Elaboración propia.

3.4.1. Programa de Transformación Productiva en Colombia

En Colombia el fomento del turismo médico es parte del Programa de Transformación Productiva (PTP) que tiene como objetivo la “definición de una postura estratégica clara y la creación de un modelo de negocio institucional para el país” con la aspiración de convertirse en un sector de “Talla Mundial”, para ello se ha establecido una agenda de trabajo que involucra al sector público, sector privado, academia (MINCIT 2009, 5).

El PTP es “una herramienta estratégica dispuesta por el Gobierno para la ejecución de la Política Industrial que conduzca al Desarrollo Productivo del país y con la que se generan entornos más competitivos y empresas más fuertes y productivas... y con ello una mayor sofisticación de su economía que solo se logra a través de la diversificación de su industria” (PTP 2015). Hay que destacar que la estrategia está a cargo del Ministerio de

Comercio, Industria y Turismo, a través del fortalecimiento de la productividad y calidad, un marco normativo adecuado, dotación de infraestructura y logística, que generan capacidades en talento humano y un oportuno acceso al financiamiento.

La estrategia del PTP respecto al turismo de salud consiste en el trabajo de hospitales, hoteles, agencias de viaje, transportadores y facilitadores, dado que la actividad no solo demanda servicios médicos, sino también servicios complementarios como hospedaje, alimentación, entre otros.

Como es una actividad que recibió el apoyo del gobierno a través del establecimiento de Zonas Francas, que goza de un régimen especial en materia tributaria, aduanera y de comercio exterior, con la Ley de Zonas Francas Especiales de Salud busca estimular la competitividad de clínicas y hospitales, promover la exportación de servicios y ofrecer exenciones tributarias para la importación de equipos médicos de última tecnología (MINCIT 2013, 84-85).

En la región, el caso colombiano quizá sea el mejor estructurado, que tiene el producto de turismo médico, ofrece información para los turistas que viajan a ese país por motivos de salud y han cuantificado la generación de ingresos por concepto de exportaciones de servicios por turismo médico. Los datos de la Tabla 5 consideran solo el turismo médico, dado que en el comercio de servicios incluye los cuatro modos de suministro.

Tabla 5
Estimado de exportaciones de Servicios de Salud en Colombia

Variables Sector Salud PTP	Años 2012	2013	2014
Número de Viajeros extranjeros no residentes	1.591.120	1.722.247	1.967.814
Número de Pacientes no-residentes estimados	30.242	49.299	41.127
Exportaciones turismo de salud (US\$ dólares)	128.593.471	210.568.805	144.909.283
Porcentaje de huéspedes extranjeros motivo principal "salud"	1,90%	2,86%	2,09%

Fuente: Programa de Transformación Productiva 2015.
Elaboración propia.

Colombia goza de buena reputación en la promoción del turismo médico en la región de las Américas, esto no ha generado un espacio de conflicto o contradicción entre los ministerios involucrados (Ministerio de Protección Social, Ministerio de Comercio y

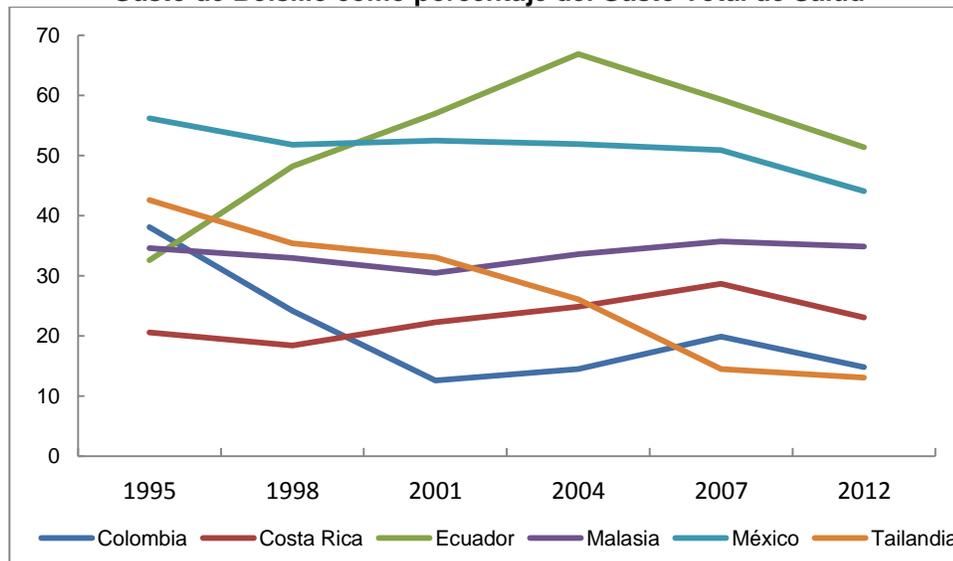
Turismo),¹⁰ ni una manifestación de la opinión pública en temas del derecho fundamental a la salud y a la promoción de la actividad, esta situación puede explicarse en los resultados de su sistema de salud.

Colombia tiene consagrado en la Constitución el derecho fundamental a la salud y su prestación como servicio público esencial (República de Colombia 2015, 2), el sistema tiene una cobertura del 96% de su población lo que equivale a 42,5 millones de afiliados, el gasto de bolsillo¹¹ se ha reducido del 45% en 1994 al 14,4% en el 2013 como porcentaje del gasto en salud, que ubica como el más bajo de la región, esto implica un “esfuerzo financiero que ha hecho el Estado colombiano ubica al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud” (Gaviria 2014, 5), además de la disminución, en los últimos años, de indicadores como la mortalidad infantil. De esta forma, el Ministerio de Protección Social se ocupa de garantizar el derecho a la salud, mientras que el Ministerio de Comercio apoya el comercio de servicios de salud.

¹⁰ Por ejemplo en la ciudad de Medellín se encuentra el Hospital Pablo Tobón Uribe, como un centro de referencia internacional en la atención en oncología con espacios diferenciados para pacientes internacionales y entre las entidades que apoyan la actividad está el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, lo que llama la atención es que entre las entidades no se registra el Ministerio de Salud y Protección Social (Hospital Pablo Tobón Uribe 2015).

¹¹ Se considera gasto de bolsillo a los pagos, desembolsos, honorarios o cargos que “son cobrados frecuentemente por llevar a cabo las consultas médicas, los procedimientos médicos o de investigación, para pagar los medicamentos y otros suministros, así como para los análisis clínicos”. Estos pagos pueden llevar a una catástrofe financiera de las familias, por eso la OMS recomienda, para evitar una catástrofe financiera, que este indicador debe estar por debajo del 15-20% del gasto total en salud.

Gráfico 1
Gasto de Bolsillo como porcentaje del Gasto Total de Salud

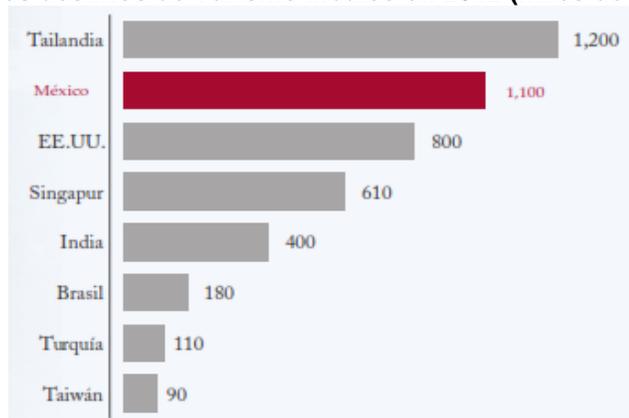


Fuente: OMS-Global Health Observatory Data Repository.
 Elaboración propia.

3.4.2. El comercio internacional de servicios de salud en México

A la fecha México se ha convertido en un importante centro de provisión de servicios de salud, que ha pasado de ofrecer servicios odontológicos y procedimientos de cirugía estética en frontera y, convertirse en un centro mundial de servicios y procedimientos de alta calidad y especialidad (Patient Beyond Borders 2015). De acuerdo a esta fuente, México es el segundo destino de turismo médico en el mundo con un estimado de visitantes de 1.100.000 pacientes, con ingresos estimados en US\$ 3.084 millones, mientras que los ahorros promedio estimados en comparación con los precios de Estados Unidos son del 36 al 89% (ProMéxico 2014, 3).

Gráfico 2
Principales destinos de Turismo Médico en 2012 (miles de personas)



Fuente: Tomado de ProMéxico 2014, 9.

En México existe un estimado de turistas médicos, de ingresos generados por la actividad, también se reconoce que la información disponible no es precisa y la existente corresponde a la balanza de pagos que es agregada, por lo tanto es una limitante que no permite conocer “con suficiente detalle el número de pacientes que se desplazan y el valor de servicios que consumen” (Portas 2011, 15).

Los datos disponibles son estimaciones como resultado de la importancia que tiene el sector en la dinámica del comercio de servicios. Las fuentes coinciden en la escasa información sobre el turismo médico o la exportación de servicios de salud bajo el modo de suministro 2, por lo que no se puede hacer una “comparación internacional para identificar a los principales proveedores de estos servicios”. Lo mismo sucede para la importación de servicios de salud (ProMéxico 2014, 6).

México tiene una gran ventaja, y las investigaciones realizadas en este país, parten de la hipótesis de trabajo de que “gracias a su cercanía con los Estados Unidos, puede convertir esta ventaja geográfica en combinación, con otras que puede desarrollar, en una fuente permanente de divisas y empleo de actividades de alto valor agregado” (Portas 2011, 14).

El caso particular de México rompe el concepto conocido de turismo médico, que desde el punto de vista conceptual excluye la atención transfronteriza; pero en el caso mexicano las prestaciones de salud transfronterizas son parte importante de la actividad del

turismo médico, los consumidores son ciudadanos de origen hispano que cruzan la frontera para recibir atención de salud.

Otros elementos que otorgan a México esta ventaja son la calidad del talento humano, mejora en infraestructura médica, bajos costos de los procedimientos médicos, y los viajes realizados por los consumidores de servicios de salud que buscan generar ahorros en la prestación de los servicios de salud, y hacen del país un importante receptor de este turismo.

La política pública para la implementación del turismo médico está a cargo de ProMéxico, una institución adscrita al Ministerio de Economía, cuya misión es promover la exportación de productos y servicios y contribuir al desarrollo económico y social del país. Las oportunidades de exportación de servicios de salud están destinadas a pacientes de Estados Unidos, Canadá y ciudadanos mexicanos residentes en Estados Unidos que, entre otros motivos, regresan al país para realizarse algún procedimiento médico (ProMéxico 2014, 19).

Se considera como principales actores para promover el turismo médico a las instituciones gubernamentales de salud, la Secretaría de Salud como ente rector de la política nacional mientras que sus departamentos adscritos tienen el objetivo de regular las actividades de salud. El Consejo Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ofrece medios alternos para la solución de conflictos en la prestación de servicios médicos, promueve los servicios de calidad y contribuye a garantizar la seguridad del paciente, además tiene un departamento que certifica los establecimientos de salud que vigilan la mejora continua de la calidad de los servicios, la seguridad de los pacientes y “permite a las instituciones, mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno”. Mientras que el sector privado de salud tiene a la Asociación Nacional de Hospitales Privados que promueve la imagen del sector, calidad de los servicios, y la certificación hospitalaria como un elemento diferenciador (ProMéxico 2014, 16 17). Desde ProMéxico se articula la estrategia de turismo médico como un producto del sector privado.

En noviembre de 2014 se presentó en el Senado una iniciativa de Ley de Turismo Médico que considera el turismo médico como una “actividad estratégica para la política de

turismo, que comprende desarrollar una infraestructura sanitaria y de recuperación para turistas que demandan una alta especialización, el acceso más rápido y menores costos” y que tiene por objeto “establecer una política pública para detonar al turismo médico como actividad prioritaria dentro de la política de turismo nacional” y reconocen que el sector privado ha impulsado la actividad pero que, según la exposición de motivos, “requieren de promoción, apoyo financiero, y coordinación con autoridades gubernamentales”. Este proyecto recoge elementos que son objeto de investigación de este trabajo, como por ejemplo:

- Establecer los criterios de coordinación de las facultades concurrentes entre el Ejecutivo Federal, las Entidades Federativas y los Municipios, en materia de turismo médico, así como la participación del sistema nacional de salud y de los sectores social y privado;
- Crear el Consejo de Turismo Médico, precisando sus atribuciones y las bases generales de su funcionamiento
- Establecer los lineamientos para la política, planeación y programación en el territorio nacional de la actividad de turismo médico, bajo criterios de beneficio social, sustentabilidad, competitividad y desarrollo equilibrado de las Entidades Federativas y los Municipios, a corto, mediano y largo plazo
- Generar un sistema de información que permita medir el impacto económico del turismo médico en el país
- Brindar la orientación y asistencia necesaria a los turistas médicos nacionales y extranjeros, definiendo sus derechos y obligaciones (Senado de México 2014, 19-20).

En el proyecto de Ley se establece la conformación del Consejo de Turismo Médico integrado por representantes de las Secretarías de Turismo, Salud y Economía y, de ser necesario, se podrá invitar a otros representantes del sector público y privado “en los casos que así lo requiera la naturaleza de los asuntos a tratar”. En caso de elevarse a la categoría de Ley a esta iniciativa, se consolidará a la actividad, dado que México es uno de los referentes de turismo médico en la región.

3.4.3. Costa Rica: el turismo médico es declarado de interés público y nacional

En Costa Rica, mediante Decreto Ejecutivo No. 37392 del 26 de noviembre del 2012, declaran de “interés público y nacional de las actividades e iniciativas relacionadas con el turismo de salud y de bienestar” (art. 1) en coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Turismo, Economía, Industria y Comercio, Salud y de Comercio Exterior, para promover el desarrollo de una medicina de calidad, fortalecer la seguridad social y el

bienestar nacional, en colaboración con empresas nacionales y así atraer potenciales turistas por motivos sanitarios. La declaratoria también establece, (art. 4), la colaboración del sector público y sector privado “para promover a Costa Rica como destino mundial de turismo de salud” (La Gaceta 2012).

Hasta 2012 se estimaba ingresos por US \$ 60 millones de dólares. En 2011, el país recibió la visita de 48.000 viajeros médicos y de salud de los EUA, Canadá y la Unión Europea, mientras que turistas de países como Nicaragua, Guatemala y Honduras también viajan a Costa Rica para el acceso a servicios médicos de mayor calidad. Entre sus ventajas se menciona su proximidad con los EUA, el prestigio de sus médicos, la calidad de sus servicios, que en principio eran cirugía estética y procedimientos dentales, y que en la actualidad se han expandido a procedimientos médicos electivos, como la cirugía bariátrica, ortopedia, diabetes, etc. (PatientBeyond Borders 2011), que la convierten en un destino preferido de los turistas médicos.

Las listas de espera son un tema que preocupa en Costa Rica, ya que sin tener una explosión de turismo médico, tienen al momento amplias listas de espera para una cirugía, por lo que, si el país quiere promover como destino de turismo médico debe solucionar primero este problema (Costa Rica Azul 2013).

La institución encargada de coordinar estos esfuerzos se llama Consejo para la Promoción Internacional de la Medicina de Costa Rica (PROMED) que tiene como misión:

... posicionar a nivel internacional a Costa Rica como destino de clase mundial de turismo de salud y como Centro de Medicina Compleja de Alta Calidad, aprovechando la tradición costarricense de hospitalidad. Lo anterior, a través de esfuerzos conjuntos y coordinados entre el Estado Costarricense y el Sector Privado. PROMED nace de la necesidad del sector privado y del Estado por supervisar la calidad de servicios prestados a los pacientes de turismo médico. Para garantizar el crecimiento sostenible de esta industria que involucra Hospitales, Médicos, Enfermeras, Hoteles, Transporte, Turismo Recreativo, Artesanías y mucho más, es fundamental asegurarse que la calidad de los que prestan servicios sea la óptima (PROMED s/f 1).

3.4.4. Puerto Rico, el turismo de salud una receta para el desarrollo

Hasta la fecha Puerto Rico es el único país que tiene sancionada una Ley de Turismo Médico en la que se establece la política pública, para incentivar la promoción, el

desarrollo de esta actividad y contribuir a la economía. La importancia de una Ley radica en que se elabora toda una estructura de política pública alrededor del turismo médico. Hay que recordar que previo a la emisión de la Ley, su tratamiento se incluyó como parte del Modelo Estratégico para una Nueva Economía, que entre las medidas dispone “promocionar y desarrollar el turismo médico mediante alianzas con proveedores de servicios de salud, seguros y hoteles” (LexJuris 2010).

La implementación de la política pública está a cargo de un departamento, Compañía de Turismo, adscrito a la Secretaría de Turismo, que la Ley de Turismo Médico (art. 3 lit. f) señala que se encarga de establecer “parámetros, criterios, certificaciones, licencias, evaluaciones, informes y reglamentación para poner en vigor las disposiciones” de la Ley. Además construye una importante coordinación entre los actores del sector público: Secretaría de Salud, Desarrollo Económico y Comercio.

La Ley de Turismo Médico vigente es importante para conocer los objetivos de política pública en este país, (art. 5) que plantea un Plan Estratégico integral que aglutina a todos los actores: sector público, privado y comunitario, y garantiza la sostenibilidad del turismo médico en el mediano y largo plazo; promueve una campaña de promoción del país como centro mundial de turismo médico; evalúa de manera periódica el cumplimiento de objetivos; y regula todas las actividades inherentes del turismo médico (LexJuris 2010).

Las facultades de la política pública, contenidas en la Ley, definen al turismo médico como una actividad estratégica en la que participan todos los actores, por lo que se abona el terreno para institucionalizar sus operaciones desde el punto de vista económico y legal. Este cuerpo normativo más que crear una nueva estructura, lo que hace es consolidar lo que ya se venía haciendo.

La Ley de Turismo Médico menciona que la Secretaría de Salud coordina “todos los aspectos relacionados a la salud”. Esto es importante porque el turismo médico al ser elevado al rango de política pública incorpora un actor fundamental de la actividad que es la Secretaría de Salud.

Como toda actividad económica se establece incentivos, exenciones tributarias y beneficios que están a cargo de la Secretaria de Hacienda para promover la exportación de servicios de salud. En el artículo 7 de la Ley establece que:

...todo negocio elegible debidamente certificado como de turismo médico estará exento del pago de cualquier impuesto, tributo, arbitrio, derecho, patente, franquicia y cualquier otra imposición estatal; o municipal directa o indirectamente relacionada con la construcción o expansión de nuevas facilidades o instalaciones destinadas a fines de turismo médico o a la importación o adquisición de equipos médicos destinados a operaciones en dicha industria (LexJuris 2010).

Estos incentivos están contenidos en un amplio cuerpo legal emanado a partir de esta Ley de Turismo Médico. Por ejemplo en la Ley 74 de Desarrollo Turístico se exonera del 100% en patentes municipales de construcción, impuestos sobre bienes importados e impuestos sobre ventas; mientras que en la Ley 20 de Servicios de Exportación se otorgan incentivos (Corporación de Turismo Médico 2015).

La Ley de Turismo Médico establece la política pública para su fomento y desarrollo en Puerto Rico, donde se fortalecen los esfuerzos del sector privado y la participación del sector público. Además, al ser la primera y la única Ley de la que se tiene registro, es un aporte real a la economía, genera ingreso de divisas y creación de empleos de alto valor agregado para incrementar la oferta de servicios de salud.

4. Balance de la estructura de política pública relacionada con el turismo médico

Por el proceso constante de globalización la actividad del turismo médico se ha convertido en un fenómeno en la prestación de servicios de salud. La mayoría de autores coinciden que es una práctica moderna en donde los pacientes viajan al exterior de una manera planificada, fuera de sus sistemas de salud, para recibir atención médica especializada. La globalización en los servicios de salud se ha dado por una dinámica propia, diferente a los procesos de liberalización económica y financiera, con elementos comunes (movilidad, avances en las tecnologías de la información y comunicación, etc.) y elementos propios de los sistemas de salud, situación económica, nivel de ingresos etc., de

ahí que el comercio de servicios de salud tenga un ritmo diferente a la globalización en general.

Los motivos que tienen las personas para buscar atención fuera de sus países son las largas listas de espera, lo que se convierte en una barrera para acceder a la atención en sus sistemas de salud. Pero el principal motivo de este fenómeno son los bajos precios de los procedimientos médicos que hay en los países en desarrollo, y la oportunidad de complementar, si fuera el caso, la prestación de servicios médicos con las actividades propias del turismo.

En una parte del concepto de turismo médico menciona que las atenciones de emergencia, las atenciones a visitantes temporales, o la atención a personas residentes en otro país, y las atenciones transfronterizas, no se considera parte del concepto. Pero la literatura especializada presenta experiencias que marcan un punto de ruptura en el concepto estándar. Por ejemplo en Europa hay una tradición de atención sanitaria entre sus países miembros, atención transfronteriza, que mediante normativa establece mecanismos de compensación, especialmente en el financiamiento de las prestaciones de salud. Estos mecanismos no influyen para que los pacientes busquen atención fuera de los sistemas de salud.

En la región de las Américas es donde la atención transfronteriza forma parte importante del concepto de turismo médico. Por ejemplo México, según el análisis precedente, considera la exportación de servicios de salud especialmente hacia EUA como una fuente importante de ingresos para su economía, entonces, en este escenario, el concepto de atención transfronteriza es diferente al que se tiene en Europa.

Esta situación puede ser explicada por la escasa consolidación institucional de los sistemas de salud que en la actualidad tienen que atender las demandas de sus habitantes, donde la actividad del turismo médico está a cargo del sector privado; y por la convivencia con países desarrollados, EUA y Canadá,¹² donde se registra una crisis en los sistemas de salud. Los elevados costos de atención obligan a los ciudadanos a buscar soluciones en

¹² Según la OMS, EUA destinó en el 2013 el 17,1% del gasto en salud como porcentaje del PIB; mientras que su ingreso per cápita en el año 2014 fue de US \$ 54.629 (BIRF 2014).

otros países donde se ofrecen procedimientos de salud a bajo costo y elevados estándares de calidad.

Respecto a la política pública, el turismo médico como actividad emergente, y fenómeno global, se enmarca dentro del AGCS en el modo dos de suministro: consumo en el extranjero. Esto ha permitido una activa participación del sector privado en la prestación del servicio, especialmente de atención especializada de tercer nivel, que requiere de importantes inversiones en salud (infraestructura, equipamiento recursos humanos); además se registra la participación de actores del sector público vinculados al comercio y turismo, en la formulación y ejecución de una política pública.

Cuando Portas (2011,11) manifiesta que la prestación de servicios de salud del sector público está fuera del AGCS, que considera solo a las actividades del sector privado. En este caso la prestación de los servicios de salud, desde el sector privado, se convierte en un objeto de las políticas de regulación del comercio y del turismo. Cuando se produce lo anterior, la actividad de turismo médico se desarrolla, según la literatura especializada, fuera de “todo marco regulatorio” por lo que es necesario crear una estructura de gobernanza que involucre a todos los actores interesados del sector para analizar todos los aspectos relacionados con el turismo médico.¹³

Una dificultad común en la literatura de turismo médico ha sido la falta de información, solo hay estimaciones referidas a turistas, quiénes son, gastos, tipos de tratamiento, por lo que no se puede medir su impacto real en el ámbito económico y sanitario.

De las experiencias revisadas se concluye que el turismo médico es parte de las actividades económicas y su desarrollo depende de la iniciativa de los actores del sector privado, articulados, en la mayoría de los casos, en planes y programas que se coordinan desde los ministerios del sector económico y sector social. Como menciona Artecona (2012, 27) es una cooperación voluntaria e informal. En nuestro análisis solo registra una Ley de turismo médico, sancionada en Puerto Rico en 2010.

¹³ Hadi (2009, 21) considera que esa estructura de gobernanza debe analizar aspectos del turismo médico como: los logros, experiencia, expectativas, los posibles problemas, obstáculos, el impacto en los sistemas de salud, la equidad en la atención.

Capítulo segundo

Análisis de la política pública y la aplicación del turismo médico en el Ecuador

En la actualidad el turismo médico es un fenómeno global creciente que involucra la participación del sector público y privado en la prestación de servicios de salud; por lo que es necesario enmarcar la actividad del turismo médico en el Ecuador y su vinculación con la política pública.

Para la descripción se va a revisar el tratamiento que han dado al tema varios autores; localizar los estudios que sirvan como antecedentes para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación. Para abordar la temática del turismo médico se considera los servicios de salud de la medicina convencional o alópata¹⁴, prestados por instituciones públicas y privadas. No se toman en cuenta los servicios de salud de la medicina alternativa y ancestral, servicios de salud promovidos de manera complementaria en la Constitución Política del Ecuador.

1. Descripción del turismo médico a nivel internacional

El análisis se basa en el comercio internacional de servicios de salud bajo el modo de suministro dos: consumo de servicios de salud en el extranjero o turismo médico. Se menciona enfáticamente que no hay estadísticas precisas y fiables desde los países exportadores de servicios de salud bajo esta modalidad, referentes a procedimientos médicos y las actividades conexas que se desarrollan alrededor del turismo médico.

Bajo la modalidad de turismo médico, en 2014 Patients Beyond Borders (2015), estima el tamaño del mercado mundial fue de entre US \$38,5 y US \$ 55 mil millones, con una tasa de crecimiento de 15 y 25%, con 11 millones de potenciales pacientes¹⁵ transfronterizos, que gastan en promedio entre US \$ 3.500 y US \$ 5.000 por visita, que

¹⁴ Esta clasificación se realiza en la consultoría Construcción del Plan Nacional de Desarrollo y Consolidación del Producto Turístico de Salud solicitada por el Ministerio de Turismo del Ecuador y lo define como “como todos aquellos servicios de salud convencionales dentro de la medicina moderna, alópata, y con todas las especialidades que existen, que son extremadamente numerosas” (SEPROYCO 2011, 48).

¹⁵ No se considera a los expatriados, turistas que necesitan atención médica de emergencia, acompañantes o las contingencias que pueden ocasionar en el transcurso de una visita médica.

incluye costos relacionados al procedimiento médico, transporte local, estancia hospitalaria y alojamiento.

Para Medical Tourism, una página especializada en turismo médico, como resultado de encuestas realizadas a los integrantes de esta asociación en todo el mundo,¹⁶ encontraron que América Latina y Asia son los lugares preferidos para viajes médicos, de los que México y la India son los países que tiene mayor demanda de turismo médico, que de acuerdo a estimaciones los viajeros médicos gastan entre US \$ 7.475 y US \$ 15.833 por viaje.

En la misma encuesta la Asociación de Turismo Médico estableció que en 2013 alrededor del 80% de la demanda de viajes médicos tuvo como motivo el ahorro de costos, mientras que los procedimientos de cirugía estética representaron el 38% del total de procedimientos médicos, además, que un estimado de 6 millones de pacientes puede contribuir entre US\$ 45 y 95 mil millones al PIB mundial.

Los ciudadanos de los EUA constituyen una oportunidad que se presenta para los países de la región y del mundo, ya que carecen de un seguro de salud y viajan al extranjero para recibir atención médica, lo que consideran como una opción atractiva. En el caso del seguro de salud Medicaid, por ejemplo, la cobertura se limita a una parte de los servicios médicos, por lo que el turismo médico resulta una buena opción en particular para la atención especializada, como en el caso de las enfermedades mentales, dentales y cirugía electiva (Artecona 2012, 19).

Para 2012 alrededor de 50 millones de personas no tenían un seguro de salud en los EUA, sin embargo con la aplicación de la Affordable Care Act se estima que en 2020 este número disminuirá a 34 millones (Thomson y otros 2011, 113).

El ritmo de crecimiento de la industria se debe a la inversión en infraestructura de salud por parte del sector privado, los potenciales ahorros que se pueden producir en un

¹⁶ Medical Tourism Association es un ente sin fines de lucro formado por hospitales internacionales, proveedores de atención médica, facilitadores de viajes médicos, compañías de seguros, empresas y otros miembros afiliados en los cinco continentes.

procedimiento médico, la acreditación internacional¹⁷ de los hospitales que es una garantía de calidad y seguridad en procedimientos médicos, talento humano con experiencia preparado en centros internacionales y la reputación de los centros médicos.

En la tabla 6 se presentan algunas especialidades de turismo médico con precios aproximados para 2015, que están en función de muchos factores como por ejemplo el prestigio del hospital, la experiencia del médico, la acreditación tanto del hospital como del médico, los tipos de cambio, etc. Al respecto, en el caso de un procedimiento de *bypass* de corazón, se estima que hay un ahorro entre el 80 y 93% respecto al valor del mismo procedimiento en los EUA.

Tabla 6
Comparativo de precios, en relación con Estados Unidos de América, año 2015, (US \$ dólares)

Procedimiento médico	EUA	Costa Rica	Colombia	India	México	Tailandia	Malasia	Singapur
Bypass de Corazón	123.000	27.000	14.800	7.900	27.000	15.000	12.100	17.200
Angioplastia	28.200	13.800	7.100	5.700	10.400	4.200	8.000	13.400
Reemplazo de la válvula del corazón	170.000	30.000	10.450	9.500	28.200	17.200	13.500	16.900
Reemplazo de cadera	40.364	13.600	8.400	7.200	13.500	17.000	8.000	13.900
Prótesis para recubrimiento de cadera	28.000	13.200	10.500	9.700	12.500	13.500	12.500	16.350
Reemplazo de rodilla	35.000	12.500	7.200	6.600	12.900	14.000	7.700	16.000
Cirugía de columna (spinal fusion)	110.000	15.700	14.500	10.300	15.400	9.500	6.000	12.800
Implantes Dentales	2.500	800	1.200	900	900	1.720	1.500	2.700
Banda Gástrica	14.000	9.450	8.500	7.300	6.500	11.500	8.150	9.200
Manga Gástrica	16.500	11.500	11.200	6.000	8.900	9.900	8.400	11.500
Bypass Gástrico	25.000	12.900	12.200	7.000	11.500	16.800	9.900	13.700
Histerectomía	15.400	6.900	2.900	3.200	4.500	3.650	4.200	10.400
Implantes mamarios	6.400	3.500	2.500	3.000	3.800	3.500	3.800	8.400
Rinoplastia	6.500	3.800	4.500	2.400	3.800	3.300	2.200	2.200
Lifting Facial	11.000	4.500	4.000	3.500	4.900	3.950	3.550	440
Liposucción	5.500	2.800	2.500	2.800	3.000	2.500	2.500	2.900
Abdominoplastia	8.000	5.000	3.500	3.500	4.500	5.300	3.900	4.650
Lasik (ambos ojos)	4.000	2.400	2.400	1.000	1.900	2.310	3.450	3.800
La cirugía de cataratas (por ojo)	3.500	1.700	1.600	1.500	2.100	1.800	3.000	3.250
Tratamiento de Fecundación In Vitro	12.400	n/d	5.450	2.500	5.000	4.100	6.900	14.900

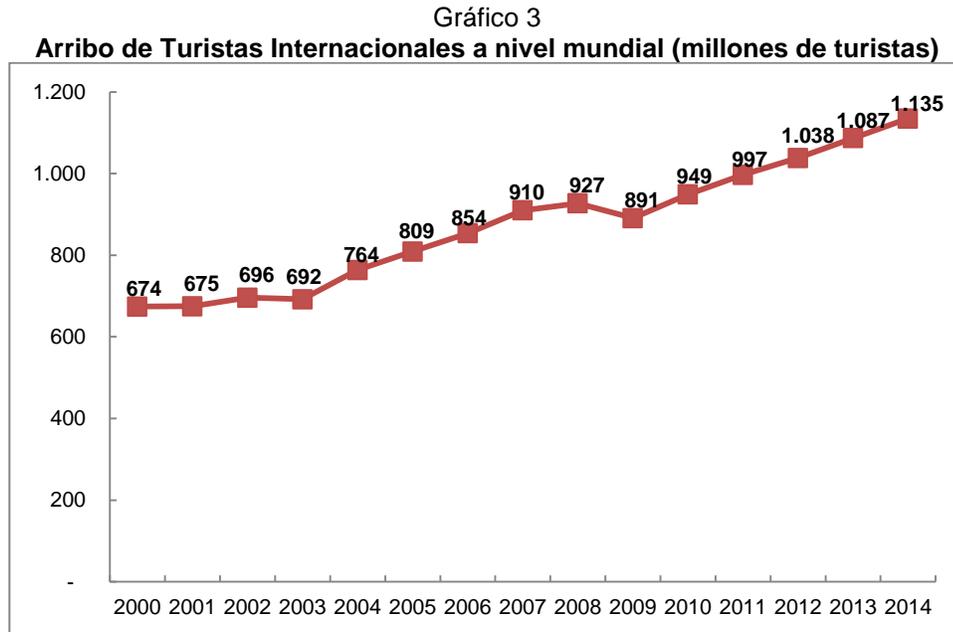
Fuente: Medical Tourism 2015

Elaboración propia.

La Organización Mundial del Turismo (OMT), estima que las llegadas de turistas internacionales alcanzaron los 1.135 millones en 2014, con un aumento del 4,4% respecto a 2013, es decir 48 millones de personas más que cruzan las fronteras, lo que supera las expectativas del organismo para 2014. El turismo como actividad (viajes y transporte de pasajeros) generó ingresos por US \$ 1,5 billones en exportaciones, lo que equivale casi a

¹⁷ Es importante la acreditación de la Joint Commission International como garantía de calidad en la atención de salud.

US \$ 4.000 millones al día como promedio, representa el 30% de las exportaciones de servicios del mundo y el 6% de exportaciones totales de bienes y servicios; además significa el 9% del PIB mundial, y genera para la economía uno de cada once empleos (OMT 2015, 1).



Fuente: Organización Mundial de Turismo.
Elaboración propia.

2. Análisis de los recursos del sistema de salud, comercio de servicios y turismo en el Ecuador relacionados con el turismo médico

En el sistema de salud del Ecuador el turismo médico es impulsado y desarrollado por el sector privado con fines de lucro.¹⁸

Así, en el país la prestación de servicios hospitalarios se encuentra concentrada en el sector privado que mantiene un 73,1% de los establecimientos hospitalarios, mientras que el sector público posee el 24,1y, el 62,8% de las camas disponibles. En mayor porcentaje los establecimientos se encuentran ubicados en las provincias de Guayas y Pichincha principalmente, y sigue en importancia las provincias de Manabí y Los Ríos. En la tabla 7 se observa la provisión de recursos con que cuenta el sistema de salud del Ecuador.

¹⁸ Existen instituciones de salud con fines de lucro que son compañías autónomas, por ejemplo clínicas y hospitales particulares y sin fines de lucro, por ejemplo instituciones religiosas, particulares y fundaciones, la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) están consideradas en esta clasificación (OPS 2008, 27).

Tabla 7
Recursos en la provisión de servicios de salud (2013)

Hospitales (número establecimientos)			Camas (número camas)			Camas por 1000 habitantes
Público	Privado SFL	Privado CFL	Público	Privado SFL	Privado CFL	
189	22	572	14.860	491	8316	1,5
24,1%	2,8%	73,1%	62,8%	2,1%	35,1%	

Nota: CFL (con fines de lucro); SFL (sin fines de lucro)

Fuente: INEC 2013, Camas y Egresos Hospitalarios, Actividades y Recursos en Salud

Elaboración propia

Una característica de los establecimientos de salud privados es que tienden a localizarse en las principales ciudades del país; en su mayoría, sirven a pacientes que corresponden a la población de ingreso medio alto y eventualmente a extranjeros; y, tienen un importante desarrollo en infraestructura, equipamiento tecnológico y disponibilidad de talento humano con buena formación profesional.

La prestación de servicios de salud, público y privado, también refleja el nivel de desarrollo económico del país. En períodos de crecimiento económico, la población con mayores niveles de ingreso demanda servicios privados de salud, como respuesta a la percepción de unos servicios públicos de salud de calidad inferior (Pocock y Phua 2011, 6). Al respecto la CEPAL sostiene que las “clases medias tienen la percepción de ser soportes, con su renta y con su gasto, de gran parte de los servicios públicos, mientras que luego tienen que buscar en el sector privado la calidad en la educación y la salud” (CEPAL 2010, 8).

Desde 2000 se registra un proceso que se denomina *ampliación del mercado interno y de salud*, es decir, un conjunto de hechos que han favorecido el desarrollo del mercado interno de salud, como consecuencia de la recuperación de la economía después de la crisis económica de finales de la década de los noventa, a partir de la dolarización de la economía. Este proceso ha permitido un escenario estable y previsible en términos de precios y una recuperación del ingreso de la población que se traduce en una demanda de mejores servicios de salud.

Otro elemento en el fortalecimiento del mercado de la salud es la intervención estatal que a partir del gobierno de Rafael Correa favoreció con políticas públicas un mayor

crecimiento económico de actividades relacionadas con la prestación de servicios públicos (Iturralde 2014, 9). Esta intervención se plasma en la importancia que tiene la salud en la política de Estado, primero con una importante asignación presupuestaria y segundo, con el fortalecimiento de la capacidad institucional.

En los últimos años se observa un importante incremento del gasto en salud como porcentaje del PIB, como resultado de la participación en el financiamiento del Gobierno Central que en 2013 fue de 7,5%.

Tabla 8
Ecuador, Indicadores del gasto en salud (porcentajes)

Indicador	2000	2012	2013
Total del gasto de salud como porcentaje del PIB	3,6	6,7	7,5
Gasto del Gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud	31,2	44,8	52,3
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	58,6	51,4	45
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	68,8	55,2	47,7
Planes de prepago privado como porcentaje del gasto privado en salud	4,8	3,7	2,6
Gasto en salud de la seguridad social como porcentaje del gasto en salud del gobierno general	28	33,1	43,3

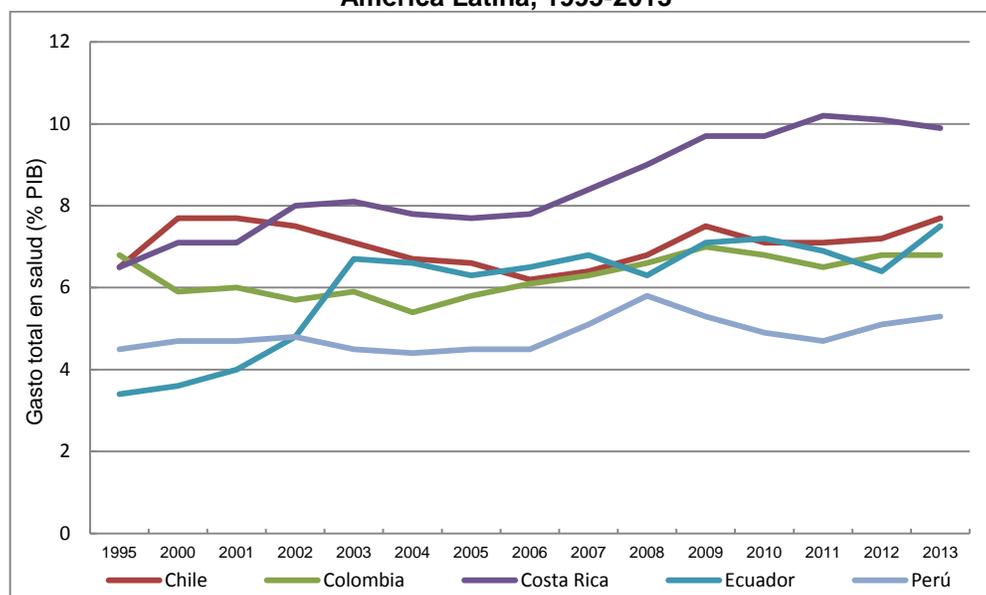
Fuente: OMS 2015, Global Health Observatory Data Repository.
Elaboración propia.

En el proceso de desarrollo del mercado de la salud en el Ecuador, es importante conocer la participación del sector privado y su aporte. Al respecto, consideramos que existen aciertos y estrategias comunes en los prestadores privados, tales como: la modernización y ampliación de la infraestructura, equipamiento con tecnología de punta, profesionales médicos altamente capacitados, actualización científica de los profesionales médicos, implementación de procesos relacionados con la calidad y seguridad del paciente (EKOS negocios 2012, 132). Estos elementos demuestran que el sector privado está preparado para brindar servicios de salud de calidad, no solo en el mercado interno sino a potenciales usuarios extranjeros.

El gasto total en salud incluye el gasto del sector público y privado, de tal manera que refleja la totalidad del sistema de salud de los países, una posición relativa en la región.

El gasto total en salud medido como porcentaje del PIB, dimensiona el sector salud dentro de la economía de cada país (Gráfico 4). En este sentido, en el 2013, Ecuador asigna 7,5% del PIB a la salud. Desde el año 1995 se presenta una tendencia creciente, sin embargo, en el año 2010 esta asignación llegó a 7,2% y desde ese año hasta el 2012 muestra un periodo de caída. Por otro lado, Costa Rica presenta una mejor asignación, como proporción respecto al PIB que en los últimos años esta en alrededor del 10%. Colombia mantiene su gasto total en alrededor del 6,8% del PIB desde el 2010. La asignación en Perú en esta breve comparación es de las más bajas¹⁹, alrededor del 5%. Esta es una comparación válida, pero hay que tener en cuenta también las características de los sistemas de salud de cada país, por ejemplo Colombia, Costa Rica y Perú tienen un sistema basado en el aseguramiento.

Gráfico 4
Evolución del gasto total en salud como % del PIB en países seleccionados de América Latina, 1995-2013



Fuente: OMS, Global Health Observatory Data Repository, 2015

Elaboración propia

3. Descripción de la estructura institucional relacionada con el turismo médico

Nuestra investigación tiene como objetivo: a. determinar el grado de compatibilidad de las políticas de comercio, salud y turismo en la aplicación del turismo médico en el Ecuador, b. conocer la estructura institucional de las políticas, como interactúan, se

¹⁹ Se debe aclarar que para el año 2013 Venezuela presenta una asignación total para salud del 3,6% de su PIB, la más baja en la región.

relacionan y establecen vínculos jurídicos, económicos y políticos con la aplicación del turismo médico.

El turismo médico está vinculado a la salud, el turismo y comercio de servicios y su prestación está garantizada por el sector privado, bajo el conocimiento y regulación de los ministerios afines.

La implementación de la política de turismo médico en el Ecuador puede estar en permanente contradicción porque los principios de la política de comercio no son necesariamente compatibles con los principios de la política social. De acuerdo a la literatura especializada, se ha seleccionado a los ministerios que tienen vinculación directa con la actividad como son los de Salud, Turismo y Comercio Exterior.

Los objetivos de política pública de los ministerios inherentes a la implementación del turismo médico en el Ecuador muestran diferentes intereses y objetivos. A continuación se van a revisar los planes, programas, estrategias y/o políticas que se ajustan al turismo médico en el Ecuador. De la información obtenida en los ministerios se registrarán acercamientos para analizar la situación deficitaria de la balanza de servicios y trabajar en una estrategia que permita revertirla y, por último se analizará la existencia de un proceso de articulación y coordinación para el fomento del turismo médico en el Ecuador.

En los siguientes epígrafes se describe la estructura institucional que se encuentra relacionada con las actividades de implementación de la política de turismo médico en el Ecuador.

3.1. Política de comercio de servicios y turismo

Las tendencias del comercio internacional describen que el comercio de servicios está creciendo a un ritmo excepcional, y representa alrededor del 20% del comercio mundial.

La OMC sostiene que este crecimiento se debe a la drástica disminución del coste de las comunicaciones. Sectores enteros que en otro tiempo no eran objeto de comercio como la banca, el comercio al por menor, la medicina o la enseñanza, han pasado a figurar rápidamente, gracias a mecanismos como la banca electrónica, el comercio electrónico, la medicina electrónica y la enseñanza electrónica, entre los sectores más relevantes a escala mundial (OMC 2013, 54). En un estudio la CEPAL sostiene que la expansión del comercio

de los servicios se debe al incremento del comercio en actividades que antes eran débilmente transables, o no transables, como por ejemplo la salud (López y otros 2009, 7), por lo tanto, concluyen estos autores, el comercio de servicios se trata de un mercado en crecimiento que ofrece, como sector, amplias oportunidades de inserción exportadora para los países en desarrollo.

En una estimación realizada por Falconí (2015a, 3) para el Ecuador, establece que los servicios tienen un aporte a la economía que supera el 60% del PIB, además no hay normativa para establecer un programa de apoyo para el suministro de servicios eficientes de proveedores nacionales que podrían sustituir importaciones. No hay alternativas en el corto plazo para corregir un desbalance comercial y los programas de fomento a las exportaciones se han centrado históricamente en el ámbito de las mercancías. Andrade (2011, 3) determina el peso de los servicios en el PIB del Ecuador y concluye que en el período 2000-2009 representaron el 57.3% a precios constantes del 2005, con perspectivas de mayor participación, debido al “incremento de la demanda, un mayor comercio internacional de los servicios, y los avances tecnológicos” (Ordóñez 2011, 3).

En la actualidad el comercio de servicios en el Ecuador tiene una estructura normativa fundamentada en la Constitución (arts. 284 y 304), que establece como objetivo de la política económica y comercial la inserción estratégica en la economía mundial, con la promoción de las exportaciones, especialmente, de aquellas que generen mayor empleo y valor agregado (art. 306).

El Código Orgánico de la Producción tiene como uno de sus objetivos (art. 4) la Transformación de la Matriz Productiva con el fomento de actividades “de mayor valor agregado, potenciadora de servicios basado en el conocimiento y la innovación”, desarrollar la sustitución estratégica de importaciones, fomentar y diversificar las exportaciones (Registro Oficial No. 351, 2010). En este sentido el turismo médico, cumple con los objetivos y se relaciona con las actividades que implican un cambio de la estructura productiva basada en el conocimiento y la innovación, con participación del talento humano como principio y fin de las políticas de transformación y modernización de la matriz productiva del país (Senplades 2013, 302).

El objetivo 10 del PNBV 2013-2017 que busca diversificar y generar mayor valor agregado en sectores prioritarios que proveen servicios, en su literal f menciona entre las políticas y lineamientos estratégicos “impulsar al turismo como uno de los sectores prioritarios para la atracción de inversión nacional y extranjera” (Senplades 2013, 310). Desde esta perspectiva, el ente planificador no establece objetivos de política pública ni lineamientos específicos para determinado sector, sin embargo, los principios generales se acoplan muy bien al fomento de la actividad del turismo médico.

En Ecuador la institución que está a cargo del comercio de servicios es el Ministerio de Comercio Exterior, como ente rector de la política de comercio, que, en su decreto de creación (art. 4, núm. 4) establece “promover las exportaciones ecuatorianas de productos y servicios en mercados internacionales” (Ecuador. Decreto Ejecutivo No. 25 2013, 2).

La conformación del Comité de Comercio Exterior (art. 6), como un consejo consultivo, no incluye a un delegado del Ministerio de Salud Pública de manera directa, sino que se incorpora, dependiendo de la temática por ejemplo turismo médico, cuando lo “determine el Presidente de la República mediante decreto ejecutivo”, por lo tanto se concluye que si el tema de turismo médico está en la agenda del COMEX, se convocará para las consultas respectivas a los delegados del Ministerio de Salud Pública.

PRO ECUADOR, un departamento adscrito al Ministerio de Comercio Exterior, tiene como visión: “Promover la oferta exportable de bienes y servicios del Ecuador con énfasis en la diversificación de productos, mercados y actores; y la atracción de inversión extranjera, cumpliendo con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir” (PRO ECUADOR 2015), y como objetivos, establecidos en el Reglamento de Organización y Funcionamiento (art. 2) “alcanzar una adecuada promoción de la oferta exportable de bienes y servicios del Ecuador consolidando las exportaciones actuales y fomentando la desconcentración y diversificación de exportadores, productos y mercados” (PRO ECUADOR 2015).

En el ámbito de la política pública, el Ministerio de Turismo tiene como misión “posicionar a Ecuador como un destino turístico preferente por su excepcional diversidad

cultural, natural y vivencial en el marco del turismo consciente como actividad generadora de desarrollo socio económico y sostenible” (MINTUR 2015).

Dentro del PNBV 2013-2017 se contempla el turismo como sector prioritario que puede atraer inversión nacional y extranjera, una actividad de vanguardia, con articulación del sector público y privado, sostenible y, con políticas y lineamientos estratégicos que puede diversificar y aportar con un mayor valor agregado para el cambio de matriz productiva (Senplades 2013, 310).

En la actual normativa de turismo en Ecuador no existe un lineamiento de política específico para una actividad determinada, empezando por la Ley de Turismo que tiene por objeto (art. 1): “determinar el marco legal que regirá para la promoción, el desarrollo y la regulación del sector turístico; las potestades del Estado y las obligaciones y derechos de los prestadores y de los usuarios” (Congreso Nacional 2002, 1), que asigna al Estado la rectoría de la política de turismo. En este caso enmarcar la actividad del turismo médico en un cuerpo legal que establece los lineamientos para todo el sector es un desafío, por esta razón en nuestra investigación el ejercicio que se va a efectuar será adaptar la normativa legal general a la actividad del turismo médico que está en marcha.

Las actividades de turismo médico tienen relación directa con los principios de la actividad turística, como el caso que se refiere a “la iniciativa privada como pilar fundamental del sector; con su contribución mediante la inversión directa, la generación de empleo y promoción nacional e internacional” (art. 3, lit. a), y que coincide en que las actividades del turismo médico son propias del sector privado de salud, generan importantes inversiones, generación de empleo de mano de obra calificada con alto valor agregado.

Entre los objetivos de la Ley de Turismo se encuentran mecanismos de coordinación de la actividad turística (art. 4, lit. d) cuando menciona “Propiciar la coordinación de los diferentes estamentos del Gobierno Nacional, y de los gobiernos locales para la consecución de los objetivos turísticos” (Congreso Nacional 2002, 2).

Asimismo se detectó en la estructura normativa que el Consejo Consultivo presenta una conformación rígida con integrantes de organismos fijos. Como se ha visto, el turismo

médico es una actividad emergente y en este consejo asesor, por ejemplo, no figura el Ministerio de Salud para abordar esta temática. Al considerarse al turismo una actividad innovadora, la conformación de este consejo debería ajustarse a estas nuevas dinámicas.

En el Reglamento general de aplicación de la Ley de Turismo (2008) se establecen procedimientos generales de coordinación institucional, además se incluye al MSP (art. 2) en el ámbito “del ejercicio de las competencias que le son propias y tiene relación con el desarrollo de actividades turísticas” en este caso el turismo médico está vinculado con el desarrollo de una actividad turística.

El Plan Estratégico de Desarrollo del Turismo Sostenible en Ecuador hacia el 2020 “PLANDETUR 2020” es un documento de planificación estratégica para la implementación del turismo en nuestro país que en su capítulo 4.1 de objetivos generales, numeral primero, expresa que se requiere:

Consolidar al turismo sostenible como uno de los ejes dinamizadores de la economía ecuatoriana, que busca mejorar la calidad de vida de su población y la satisfacción de la demanda turística, aprovechando sus ventajas competitivas y elementos de unicidad del país.

Mientras que en su numeral cuarto del PLANDETUR 2020 menciona:

Generar una oferta turística sostenible y competitiva potenciando los recursos humanos, naturales y culturales, junto con la innovación tecnológica aplicada a los componentes de infraestructuras, equipamientos, facilidades y servicios, para garantizar una experiencia turística integral de los visitantes nacionales e internacionales (BID 2007, 128).

Los objetivos estratégicos seleccionados, que son ocho en total, se ajustan a las actividades de turismo médico, que deben ser alcanzados con programas y proyectos implementados por el Ministerio de Turismo como entidad rectora.

La Agenda de Transformación Productiva (ATP) es un conjunto de lineamientos de “bases sólidas para el desarrollo productivo del país en el largo plazo” (MCPEC 2010, 33). Las actividades del turismo médico son compatibles con la ATP, al menos en tres de los ocho pilares fundamentales, que son: cambio de la matriz productiva, generación de empleos de calidad y disponibilidad de talento humano especializado capaz de generar innovación y emprendimiento.

Tabla 9
Pilares de la Agenda de Transformación Productiva

1	Cambio de Matriz Productiva
2	Reducción heterogénea estructural
3	Democratización de los recursos
4	Talento humano
5	Sistema integral para innovación y emprendimiento
6	Productividad Sistémica
7	Crecimiento verde
8	Cambio cultural e imagen país

Fuente: MCPEC Agenda de Transformación Productiva.
 Elaboración propia.

En el marco de la política comercial le corresponde al Ministerio de Turismo, “fomentar la creación de una oferta exportable” mientras que el sector privado debe “participar proactivamente hacia acertadas decisiones a nivel público” (MCPEC 2010, 156). Esta lógica que involucra la participación del sector privado que tiene intereses propios, debe generar un elemento de compatibilidad entre el interés público y privado para la implementación del turismo médico. Hay que recordar que el principal interés del sector público es garantizar el derecho a la salud.

Continuando con el análisis de la ATP, en la parte que corresponde al Ministerio de Turismo, como parte del Consejo Sectorial de la Producción, existe una agenda de política para el impulso del sector turismo. En la tabla 10, se establece un programa que está en concordancia para el impulso y desarrollo del turismo médico

Tabla 10
Política Sectorial de Turismo

Objetivos	1. Institucionalizar la presentación anual de la oferta comercial de turismo nacional...
	2. Combatir la estacionalidad ²⁰ de la industria turística nacional, impulsando la dinamización comercial de los actores, y la diversificación de una oferta turística de calidad
Políticas	1. Fortalecimiento institucional y articulación transversal.
	2. Promoción orientada a demanda especializada.
Estrategias	1. Innovación de Productos Turísticas.
	2. Marketing Turístico Nacional e internacional.
	3. Fomento de la calidad de los destinos y productos turísticos.
	4. Participación ciudadana y concertación con los actores.
	5. Eficiencia y transparencia institucionales.
Instrumentos	1. Sistema de Información Estratégica.
	2. Alianza pública y privada.
	3. Capacitación para el desarrollo turístico.

Fuente:MCPEC 2010, Agenda de Transformación Productiva, pág. 193.
 Elaboración propia.

El turismo médico es un producto de demanda especializada que debe ser promocionado y fortalecido institucionalmente con apoyo público-privado.

Otro hecho importante para el comercio de servicios de salud es la negociación comercial del Ecuador con la Unión Europea en la que nuestro país, en el subsector Servicios de Hospital, asume compromisos totales sin “ninguna” limitación para el modo 2 de suministro tanto en acceso a mercados y trato nacional (COMEX 2014, 61). Esto significa que los potenciales turistas médicos de la Unión Europea no tienen ningún tipo de limitación para recibir atención de salud de proveedores ecuatorianos. El documento debe ser aprobado por la Asamblea Nacional para que pueda entrar en vigencia.

3.2. Prestación de servicios de salud a extranjeros

En Ecuador se ofrece la prestación de servicios de salud desde los sectores público y privado. En el primer caso existe un registro de consultas ambulatorias y una evidencia que

²⁰ En el segundo objetivo referido a combatir la estacionalidad, la actividad del turismo médico puede contribuir al ingreso de turistas todos los meses del año, por ejemplo, en España, la actividad es impulsada con el propósito de desestacionalizar la actividad turística en general.

respalda el uso de los servicios públicos de salud por parte de ciudadanos extranjeros;²¹ mientras que en el sector privado no existe evidencia de atención a extranjeros, si bien hay un formulario de egresos hospitalarios del INEC en donde se registra la variable nacionalidad, los datos no fueron significativos para el procesamiento de la información de esta investigación porque los establecimientos de salud privados no registran ese campo en las formas estadísticas.

El fomento al turismo médico en el país puede generar un mayor gasto público en salud dado que la Constitución Política del Ecuador (art. 9) establece que “las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas, de acuerdo con la Constitución” por lo tanto, cuentan, al igual que el resto de la población, con la garantía de acceso a servicios públicos estatales de salud, de manera gratuita.

La preocupación del Ministerio de Salud Pública en cuanto al turismo médico inicia cuando ciudadanos extranjeros vienen al país y hacen uso de los servicios públicos de salud porque el Estado garantiza el derecho a la salud, *erga omnes*, que se encuentra estipulado en la Constitución Política (art. 362): “los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.

La atención a todo el mundo implica un gasto para el Estado ecuatoriano, que se encuentra cubierto a través del presupuesto general (contribuyentes). El hecho de prestar servicios médicos a personas que no son contribuyentes, cuyo derecho a la salud se encuentra garantizado constitucionalmente, implica un incremento en el gasto de salud.

Esto quiere decir, que los extranjeros pueden aprovechar la normativa vigente y utilizarlos servicios de salud públicos o que éstos sean derivados hacia el sector privado en caso de tratamientos adicionales, complicaciones, enfermedades catastróficas o altamente costosas.

²¹ En las unidades operativas del MSP existe el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) que es un instrumento de recolección de datos en el que se registra: fecha y lugar de atención, datos del profesional, datos del paciente (entre ellos la nacionalidad) y datos de la consulta (MSP 2013b).

La utilización de los servicios públicos de salud por parte de ciudadanos extranjeros es normal y cotidiana en consultas ambulatorias, emergencias y hospitalización. Una crónica de prensa informaba que la población fronteriza del Perú aprovecha la gratuidad de los servicios médicos de las provincias de frontera y que viajan hasta dos horas para recibir la prestación. Adicionalmente, lo que más valoran, los ciudadanos de esta nacionalidad, son la calidad del servicio y la entrega de medicinas gratuitas (Andes 2014).

Desde el punto de vista conceptual este hecho no se enmarca en la definición de turismo médico.²² La literatura especializada recomienda mecanismos compensatorios para la prestación de servicios de salud fronterizos (MINETUR 2013, 14) ya que tienen otra lógica porque la población de las regiones de frontera se encuentran a distancias considerables de establecimientos de salud de su país, entonces el acceso a estos se produce en los establecimientos del país vecino, que refleja, además, la existencia de una dinámica propia en estos territorios como en el caso del comercio (Footman y otros 2014, 3).

Con respecto a la atención transfronteriza, si bien no hay avances en materia legislativa para establecer mecanismos compensatorios especialmente en la prestación del servicio y su financiamiento, el Ministerio de Salud del Perú ha emitido la primera Directiva²³ Administrativa N° 001-2014-SIS(2014, 5) en la que se regula un plan de afiliación, atención, plan de beneficios y financiamiento de las atenciones brindadas a ciudadanos de la República del Ecuador que ingresen al país, todo esto a partir de una modificación en la ley en la que se autoriza a los establecimientos de salud a brindar atenciones de salud a ciudadanos extranjeros y cumplir con los acuerdos firmados con anterioridad (El Peruano 2014, 3).

Este es un primer avance en mecanismos compensatorios de prestación de servicios de salud que sintoniza con lo realizado en Ecuador con ciudadanos de todas las nacionalidades. Es importante avanzar en temas compensatorios en el financiamiento de

²² En el primer capítulo se definió al turismo médico en donde se excluye otras formas de atención médica en el extranjero, como es la transfronteriza, que no corresponde al concepto. Ver: Snyder y otros 2013; Lunt y Carrera 2010.

²³ Este concepto es tomado de la legislación comunitaria de la Unión Europea y dice: “La Directiva es uno de los instrumentos jurídicos de que disponen las instituciones europeas para aplicar las políticas europeas. Se trata de una herramienta que se emplea principalmente en el marco de las operaciones de armonización de las legislaciones nacionales” (Eur-Lex 2011).

prestaciones de salud que en el caso de nuestro país destina importantes recursos a ciudadanos extranjeros.

En la Tabla 11 se presenta el número de consultas ambulatorias brindadas a ciudadanos extranjeros en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y se observa que ciudadanos colombianos y peruanos hacen mayor uso de los servicios estatales de salud.

Tabla 11
Consultas ambulatorias en los servicios de salud del MSP por nacionalidad (2013 - 2014)

Nacionalidad	2013	2014
	Nº Consultas Total	Nº Consultas Total
Ecuador	32.420.103	24.326.757
Colombia	125.659	102.367
Perú	21.385	18.124
Otras	32.191	20.366
Total	32.599.338	24.467.614

Fuente: MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información, RDACAA 2013 -2014.
 Elaboración propia.

A partir de un estudio realizado en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se establece el perfil de la población de refugiados de nacionalidad colombiana que accede a los servicios de salud por el que se otorga un mayor número de atenciones en salud en provincias fronterizas como Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos; a las que se suma Pichincha como un “lugar tradicional de llegada”.

En cuanto a los resultados de acceso a la salud se destaca que el “80% de las personas que buscaron tratamiento lo hicieron en una entidad pública, en un centro de salud o en un hospital, el restante 20% acudió a un centro privado. Entre las dificultades para acceder a los servicios de salud se mencionan la falta de un seguro médico, la discriminación por ser colombiano y las deficiencias en los servicios públicos de salud (FLACSO 2012, 148).

Las zonas de frontera se caracterizan por ser regiones poco desarrolladas y aisladas, con limitados servicios básicos e infraestructura donde la demanda es mayor por servicios de salud. De manera general se concluye que el acceso a los servicios de salud es el derecho mejor valorado por la población refugiada colombiana, aunque existen casos puntuales de discriminación por nacionalidad en algunas instituciones de salud del sector público (FLACSO 2012, 157).²⁴

En una tesis de trabajo que analiza la demanda de servicios de salud a ciudadanos de nacionalidad colombiana, en el Hospital Luis Dávila de la ciudad de Tulcán, se concluye que en el periodo de enero a julio de 2012 el 5,45% correspondió a ciudadanos de esta nacionalidad cuyo principal motivo es la gratuidad de la salud en Ecuador. Los pacientes valoraron la calidad de atención recibida en el establecimiento de salud y, al menos en esta institución de salud, no se registraron problemas en el acceso (Almeida y Villota 2012, 100).

En el Reglamento para la Aplicación del Derecho al Refugio se determina que “las personas refugiadas tendrán en el territorio nacional los mismos derechos y deberes que las personas ecuatorianas”, más adelante sostiene que las personas podrán acudir a cualquier institución estatal para solicitar la asistencia que requieran, según las necesidades, posibilidades y recursos disponibles, mientras mantengan esa condición (Ecuador. Decreto No. 1.182 2012, 3 y 62). Al interpretar esta disposición, en la primera parte se entiende que la población bajo esta categoría si tiene derecho a los servicios de salud que se encuentra limitado especialmente por los recursos disponibles.

En provincias como Azuay, El Oro y Loja sobresale la presencia de ciudadanos peruanos, por lo tanto se registra un importante número de atenciones de salud a este grupo poblacional. Este flujo migratorio es motivado por factores como la firma de la paz en 1998, la dolarización como principal incentivo económico, con lo que “miles de ciudadanos del norte de Perú cruzaron la frontera para vender su fuerza de trabajo en Ecuador” (Ramos

²⁴ En una nota de prensa se menciona que “Pese a que el derecho a la salud está garantizado en la Constitución, los extranjeros regulares o irregulares lo ejercen con dificultades. En unos casos se les niega atención en los servicios de salud pública y privada. En otros, ellos deben esperar más tiempo de lo común para obtener un turno o realizarse un examen” (El Comercio 2015).

2010, 1) en actividades de poco valor agregado como la agricultura, construcción, servicio doméstico, etc. Lo anterior supone que los ciudadanos peruanos también demandan servicios de salud.

Hay que considerar que los ciudadanos extranjeros también padecen enfermedades crónicas, que por factores como el nivel de ingresos, se convierten en enfermedades catastróficas por su elevado costo en el tratamiento y, por la condición socioeconómica recurren a los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública. Desde esta perspectiva nace la preocupación de las autoridades de salud, de que ciudadanos extranjeros con este tipo de patologías ingresen al país para hacer uso de los servicios públicos de salud gratuitos, mientras que los costos son financiados por el Estado ecuatoriano.

Para el tratamiento de enfermedades catastróficas en el sistema público existe la Red de Protección Social en Salud (RPSS) que en el Manual Operativo (art. 2) establece los “servicios que se entrega a las familias que atraviesan una situación catastrófica específica a causa de una enfermedad grave o una discapacidad que sufre alguno o varios de los integrantes del grupo familiar. Este componente está integrado por dos subcomponentes: a) la atención y resolución de patologías consideradas como catastróficas definidas en este Manual y b) atención a discapacidades”²⁵ (MIES 2009, 1).

Como se ha visto la normativa vigente no establece exclusión, discriminación alguna a ciudadanos extranjeros para hacer uso del derecho a la salud en establecimientos del MSP, por lo tanto los ciudadanos extranjeros que se encuentren dentro del territorio nacional tienen garantizado este derecho, lo que implica que no puede ser negado o discriminado por la nacionalidad.

Por ejemplo en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, establecimiento de salud del MSP, se han presentado casos de extranjeros con enfermedades catastróficas, con diagnóstico oncológico, cuya situación migratoria no es legal en el país y considerando la

²⁵ Tienen derecho de cobertura médica, según lo establecido el artículo 10 del Manual Operativo de la Red de Protección Solidaria, todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas, todo tipo de cáncer, tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo, insuficiencia renal crónica terminal, trasplantes de órganos (riñón, hígado, medula ósea) secuelas de quemaduras graves. Mientras que en discapacidades la cobertura médica es para prótesis externas de miembros superiores e inferiores, implantes cocleares y órtesis (sillas postulares) (MIES 2009, 3, 4).

normativa a favor de ciudadanos extranjeros, la institución hospitalaria ha enfrentado demandas interpuestas en la Defensoría del Pueblo para el cumplimiento del derecho a la salud (MSP 2012). La atención de estas patologías en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) considera como beneficiarios “a todos los ecuatorianos y extranjeros residentes en territorio ecuatoriano” (MSP 2012, 5).²⁶

4. Análisis de la política pública relacionada con la implementación del turismo médico en el Ecuador.

Pese a no existir lineamientos establecidos de política pública, estadísticas de ingresos de turistas por motivos médicos, información relacionada con la generación de divisas de la actividad, los reportes señalan la existencia de la actividad de turismo médico en el Ecuador atraídos por centros médicos especializados, profesionales médicos altamente capacitados, y sobre todo, por los precios competitivos que en nuestro país están entre los más baratos del mundo.²⁷ Otra prueba fehaciente del desarrollo de la actividad de turismo médico en el Ecuador es la búsqueda activa en internet y se puede encontrar la oferta de médicos especialistas y hospitales que ofrecen un segmento de turismo médico.²⁸

La cirugía estética, los tratamientos dentales son procedimientos demandados por los turistas extranjeros y, son los segmentos que más se destacan en el turismo médico dado que permiten desarrollar actividades propias del turismo tradicional²⁹. Dentro de las ofertas hay paquetes turísticos para extranjeros y ecuatorianos no residentes, con precios bajos, calidad en la atención y las posibilidades de realizar actividades de turismo, a esto se suma

²⁶ En un documento interno del MSP en el que se solicita criterio jurídico respecto a la cobertura de pacientes extranjeros con enfermedades catastróficas concluye que “es obligatoria la atención a todas las personas sin importar su situación migratoria y aunque esta Dirección sugiere se emita un informe técnico para determinar la capacidad resolutoria para brindar la cobertura internacional a los extranjeros que no pueden justificar su situación migratoria, esta no es razón para que no se brinde la atención sanitaria, puesto que, como se ha mencionado el mismo es un derecho constitucional” (MSP 2015, 5).

²⁷ Documentos de tipo informativo señalan la existencia de turismo médico en el Ecuador, se presenta algunos utilizados en la investigación: Expreso 2013, Estrategia y Negocios 2015, turismomedico.org 2011, Silva 2012.

²⁸ Internet es una herramienta de búsqueda y en un aliado de los servicios de turismo médico que ha convertido a esta actividad en una opción más accesible, además ofrece más información de los hospitales, instalaciones, personal y los servicios que ofrecen (Johnston y otros 2010, 2).

²⁹ Como se mencionó en la primera parte procedimientos médicos complejos no permiten realizar actividades propias del turismo.

las importantes inversiones en infraestructura, equipamiento y tecnología y la capacitación de los profesionales de la salud (Revista Semana 2014).

De esta interacción preliminar, el turismo médico es una actividad emergente con gran potencial, una iniciativa del sector privado con escasa intervención y apoyo de las entidades estatales. En países donde el sector privado lidera la actividad del turismo médico, el papel del gobierno consiste en proporcionar un marco jurídico y reglamentario adecuado, apoyo técnico a los empresarios privados y de ser necesario financiar actividades para promocionarlo (Artecona 2012, 27). Las actividades de promoción del turismo médico se refieren a la participación en congresos, anuncios publicitarios, promoción en internet, a través de las oficinas comerciales etc.

En la Tabla 12 se presentan los precios de una lista de procedimientos que se ofrecen en el país respecto a EUA, en materia de turismo médico, que es la relación procedimientos médicos-precios en los que se generan ahorros importantes de acuerdo al interés del turista médico.

Tabla 12
Comparativo de precios de procedimientos médicos entre Ecuador y Estados Unidos (dólares)

Procedimientos médicos y dentales	Precios en Estados Unidos de América (dólares)	Precios en Ecuador (dólares)	Promedio ahorro (dólares)	% de ahorro
Cirugía de reemplazo de cadera (Incluye prótesis)	30.000-60.000	8.000	25.000-50.000	73%
Reemplazo unilateral de rodilla (Incluye prótesis)	32.000	8.000	24.000	75%
Cirugía del Túnel del carpo	20.000	2.000	18.000	90%
Chequeo Ejecutivo	3.500	600	2.900	83%
Angioplastia	35.000	8.000	27.000	77%
Cirugía refractiva ocular láser	2.100	600	1.500	71%
Cirugía refractiva ocular, WaveFront	2.357	1.200	1.157	49%
Transplante de hígado	314.000	50.000-60.000	250.000	84%
Transplante de riñón	80.000 - 150.000	25.000- 30.000	55.000-120.000	69%
Implantes dentales	3.000	1.000	2.000	67%
Cirugías para pérdida de peso	25.000-40.000	9.000	16.000-30.000	73%

Fuente: MedicalGroupTurism.
Elaboración propia.

En este aspecto Cuenca presenta una oferta articulada entre el Municipio y el sector privado que se inició en 2011, denominada “Cuenca, Turismo de Salud” que inició la diversificación de la oferta turística y:

Aprovechar las fortalezas de los profesionales de la medicina y los atractivos naturales y culturales propios del destino, en febrero (2011) se suscribió un convenio de cooperación entre la Fundación Municipal Turismo para Cuenca y un grupo de hospitales y clínicas privadas de la ciudad quienes se comprometen a realizar un aporte global de US\$15.000 para la realización de una campaña promocional de este programa”

Por otra parte, el sector turístico privado de la ciudad también se ha sumado a esta iniciativa con descuentos y beneficios especiales acorde con las necesidades de este tipo de visitantes en alojamiento y servicios turísticos complementarios que dan un valor agregado al proyecto.

Para la etapa inicial del proyecto se ha estipulado promocionar y posicionar el programa de turismo de salud, enfocada hacia el mercado nacional y posteriormente hacia el mercado internacional (Fundación Municipal de Turismo 2011, 21).

Además se estableció un “Plan de desarrollo turístico de Cuenca y su área de influencia” en el que se establecen estrategias y actividades puntuales con el objetivo de promover a Cuenca como destino turístico. El interés de la Fundación Municipal de Turismo fue el desarrollo de esta actividad, en la que, además participan reconocidos prestadores de salud de la ciudad junto con empresas hoteleras y agencias de viaje.

Tabla 13
Estrategia para el desarrollo de Turismo de Salud en Cuenca, 2011

Estrategia 3	Actividad 11	Responsable
Desarrollar la imagen del destino Cuenca en relación a ciudad de las ciencias, con un enfoque al turismo de negocios y convenciones (centro de convenciones internacional) y turismo de salud	Desarrollo de un estudio para establecer una campaña para el posicionamiento de Cuenca como ciudad para turismo de salud dentro y fuera del país.	Fundación Municipal Turismo para Cuenca

Fuente: Green Consulting 2011, p 71.

Un análisis sobre el desarrollo del turismo de salud en Cuenca concluye que esta actividad ya no es percibida como un mito, además la ciudad se está preparando para aprovechar los beneficios del turismo de salud y recomienda que es necesario un trabajo

conjunto del sector público y privado con la participación de las autoridades en el ámbito nacional, regional y local, hay que recordar que la promoción de Cuenca es una iniciativa local (Silva 2012, 50). Además la recomendación coincide con lo establecido en la literatura que la actividad no cuenta con datos precisos sobre el ingreso de turistas por motivos de salud por lo que recomienda generar información a partir de encuestas.

Lo anterior demuestra la existencia del turismo médico en el Ecuador como una iniciativa del sector privado, además refleja la ausencia de organismos del Estado central en su gestión y, por lo tanto, la falta de una política pública que coordine esta actividad.

En el país, desde el Ministerio de Turismo (2009, 20), hay lo que se denomina el turismo de salud asociado al termalismo, medicina ancestral, *spa*, y para 2009, el informe menciona que por el momento se está trabajando en un turismo de salud integral en el que se incluye el turismo médico y de bienestar, para lo que cuenta con un insumo preliminar que analiza “la potencial oferta de servicios de salud”.³⁰ Hay que señalar que en países donde se impulsa la iniciativa del turismo médico, los ministerios de turismo se han empoderado del tema para fomentar y promocionar a sus países como destinos de turismo médico.

En un informe final de consultoría Construcción del Plan Nacional de Desarrollo y Consolidación del Producto Turístico de Salud, solicitada por el Ministerio de Turismo, que tiene como objetivo analizar la potencial oferta de servicios de salud, a partir de un diagnóstico realizado en base al levantamiento de información existente sobre el tema en el país, realiza una clasificación del turismo de salud en tres categorías prácticas: convencional, alternativo y ancestral. La oferta de servicios de salud convencional es la relacionada con el turismo médico y se refiere a los servicios de salud moderna, *alópata* y con todas las especialidades que existen, que por cierto son numerosas (SEPROYCO 2011, 48).

El informe también identifica a las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca como potenciales oferentes de turismo de salud convencional “por cuanto los establecimientos de

³⁰ En un ingreso al portal web del Ministerio de Turismo, realizado el 16 de junio de 2015, se promocionaba el turismo médico como “principal producto y atractivo turístico” señalando que está en “pleno proceso de desarrollo” en este segmento, turismo médico, además registra 82 establecimientos de servicios médicos (hospitales y clínicas de primera categoría) y 13 empresas intermediarias paciente – médico – servicio turístico. Para agosto de 2015 esta información ya no estaba disponible en el portal web.

salud en estas ciudades eran los que presentaban una mayor oferta de servicios de salud especializados” lo que permite al país posicionarse como una alternativa interesante, al momento de hablar de turismo de salud.

Entre las principales especializaciones que se consideran, según el informe final de la consultoría, son las siguientes:

- Odontología
- Cirugía reconstructiva
- Cirugía plástica estética
- Cirugías gastro intestinales (obesidad)
- Cirugías de corazón y cardio vasculares
- Tratamientos de oncología
- Diagnóstico general

Otro resultado importante de la consultoría son los factores determinantes del turismo de salud, entre los que se encuentran: el nivel de especialización de los servicios de salud, el costo de los procedimientos médicos, los atractivos turísticos y la seguridad para el visitante (SEPROYCO 2011, 47). Estos resultados coinciden con la revisión de la literatura especializada respecto a los motivos del turismo médico, como por ejemplo el bajo costo de los procedimientos médicos.³¹

Una vez conocido el potencial del turismo de salud convencional, la consultoría propone un modelo de gestión con lineamientos estratégicos para el desarrollo del producto, para ello se exponen los lineamientos relacionados con la investigación:

- El desarrollo de turismo de salud convencional que se basa en la excelente infraestructura existente, equipamiento moderno, la excelencia y niveles de especialización de los recursos humanos, y la experiencia que tienen los profesionales del ramo, en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca.
- En una visión transversal se encuentra la normativa aplicable a este tipo de servicios, y los mecanismos de control de los servicios, para garantizar calidad a los usuarios.

³¹ En el primer capítulo revisamos que uno de los principales motivos del turismo médico es el bajo costo de los procedimientos médicos en esto coinciden: Masoud y otros (2013), Johnston y otros (2010) y Horowitz (2007) para citar los más importantes.

- La necesidad de interactuar a nivel público y privado, mediante una estrecha articulación, que genere condiciones de trabajo de equipos integrales de alta competencia.

Se plantean los siguientes objetivos estratégicos:

1. Desarrollar las tres categorías de turismo de salud: convencional, alternativo y ancestral.
2. Generar en el territorio nacional la articulación para desarrollar como un destino con grandes ventajas de servicios que generen bienestar a la población local e internacional, agregando valor al destino, con los servicios de salud de nivel internacional.
3. Desarrollar normativa, mecanismos de articulación, y servicios altamente eficientes y competitivos.
4. Promover el destino Ecuador para turismo de salud (SEPROYCO 2011, 122–123).

Esto evidencia que Ecuador también es parte de este fenómeno global, que si hay turismo médico en nuestro país ofertado desde el sector privado; además refleja la inexistencia de una política pública desde el Estado para el desarrollo de la actividad, más bien hay un desarrollo espontáneo del sector privado. En cuanto a los ministerios involucrados (Salud Pública, Turismo, Comercio Exterior) plantean lineamientos de política general.

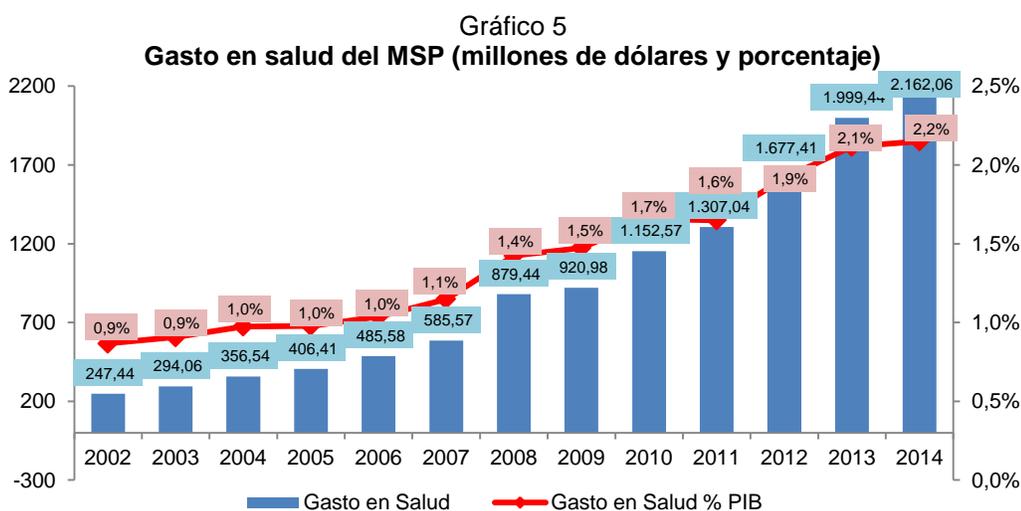
4.1. Reforma de salud

El Ministerio de Salud tiene entre sus objetivos la transformación del sector público de salud, en la que además se considera la participación del sector privado como parte de la Red Complementaria de Salud con el propósito de ampliar la capacidad resolutoria del sector público, por lo que el sistema público de salud complementa sus prestaciones con el privado.

En el marco de la reforma del sistema de salud en Ecuador se consideran dos aspectos fundamentales para el análisis de la propuesta de fomento al turismo médico: la salud como un derecho y la transformación del sector público de salud.

En cuanto a la transformación del sector público de salud, a partir de la vigencia de la Constitución en 2008 se puede hablar de dos momentos: uno de inversión urgente que enfatiza en la recuperación de lo público; y, otro de la articulación del sistema público de salud (Villacrés 2012, 9).

El sector público de salud, en especial los servicios prestados por el MSP, atraviesa por un proceso transformación, una reforma que va desde inversión en infraestructura, dotación de equipamiento, abastecimiento de insumos y medicamentos, contratación de talento humano, la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención,³² y cumplir con lo establecido en la Constitución (art. 363, núm. 3) con el objetivo de garantizar el derecho a la salud, por lo tanto todos los esfuerzos del Estado están enfocados en fortalecer el sistema público de salud.



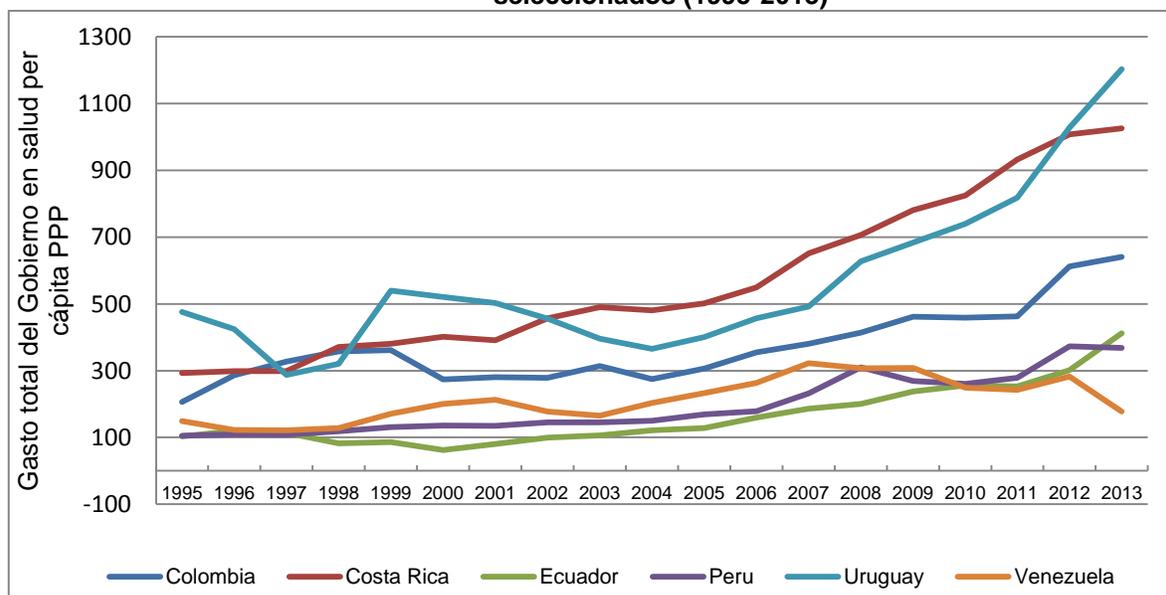
Fuente: BCE 2015, e-SIGEF 2014
Elaboración propia

El gasto del gobierno en salud, expresado en términos per cápita, medido en dólares internacionales ajustados por la paridad de poder de compra (PPC), muestra una tendencia

³² El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. El fortalecimiento del MAIS-FCI, incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud (MSP 2013a, 53).

muy diferente; se observa la tendencia creciente del gasto per cápita desde 1995 (Gráfico 6). Los gobiernos de Uruguay y Costa Rica realizan altas asignaciones de presupuesto per cápita. En Ecuador se presenta un crecimiento sostenido desde el año 2000, pero la asignación del gobierno solo supera a la del Perú y Venezuela que ocupa el último lugar.

Gráfico 6
Evolución del gasto per cápita del gobierno (PPP \$) en países seleccionados (1995-2013)



Fuente: OMS, Global Health Observatory Data Repository, 2015
Elaboración propia.

Con la implementación del Modelo de Atención integral en Salud se establecen cambios estructurales en el sistema; a continuación se presentan los principales ejes del modelo:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de la Red Pública y Complementaria cuya organización sea la base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado (MSP 2013a, 12).

En este proceso de reforma, de reestructuración institucional, está considerada la participación del sector privado (con y sin fines de lucro) como parte de la Red

Complementaria con el propósito de ampliar la “capacidad resolutive” del sector público. En 2014, el MSP contrató servicios médicos a proveedores públicos y privados con un pago de US \$ 228,57 millones por gastos médicos hospitalarios y complementarios (e-SIGEF 2014), entre las que constan hospitales, clínicas, fundaciones, centros médicos de diálisis etc. La implementación del turismo médico en Ecuador podría debilitar los procesos de “reingeniería institucional” y la “articulación y fortalecimiento de la Red Pública y Complementaria”, pasos importantes para cumplir con el derecho a la salud, dado que la implementación de la política de turismo médico desde el sector privado puede ser que no se ajuste al proceso de transformación del sistema de salud que está liderando el MSP, porque en la prestación de servicios de salud el sector privado aporta con su importante capacidad resolutive.

La adopción de este producto supondría una contradicción en la política de Estado de fortalecer los servicios públicos de salud, porque el turismo médico considera a entidades privadas de servicios de salud con las que el MSP también contrata servicios de salud para ampliar la capacidad resolutive. Por lo tanto una de las directrices del MSP es fortalecer los servicios públicos de salud con la participación del sector privado, es decir, primero solucionar los problemas de salud de la población local, por lo tanto desde el MSP no se considera, por el momento, de acuerdo a la información disponible, implementar mecanismos de apoyo para el turismo médico.

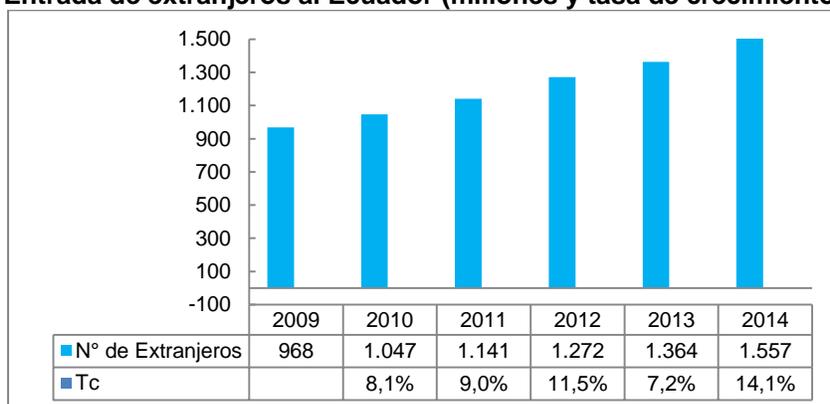
En un informe técnico interno del MSP referido a la Pertinencia del Turismo Médico en Ecuador concluye que esta actividad tiene mucha acogida en el sector privado; y en caso que desde el sector privado se implemente de manera formal el turismo médico, se podría generar un incentivo perverso para potenciar los servicios de salud privados y dejar de atender las derivaciones del sector público (MSP 2014b, 8).

4.2. Servicios de Turismo

El ingreso de extranjeros al Ecuador presenta tasas de crecimiento extraordinarias hasta 2014 (Gráfico 5). Entre las cifras clave, por ejemplo, para ese año el 67% de llegadas se dio por vía aérea, el 16% de los turistas fueron de origen europeo, por concepto de ingreso de divisas se generaron US \$ 1.487,2 millones (MINTUR 2015, 4). Mientras que

los principales mercados emisores, en 2013, con mayor número de llegadas al país fueron Colombia con 25%, Estados Unidos con 18,5% y Perú con 11,2% (MINTUR 2014, 36).

Gráfico 7
Entrada de extranjeros al Ecuador (millones y tasa de crecimiento)



Fuente: Ministerio de Turismo, Anuario de Estadísticas Turísticas 2009-2014, p. 22.

Elaboración propia.

Nota: Para 2014 las cifras son tomadas de: Ministerio de Turismo, Boletín N° 12, Principales Indicadores de Turismo. Diciembre 2014, p. 7.

Con respecto al arribo de turistas, se realiza una comparación regional del Ecuador con países vecinos, y se establece que Costa Rica y Uruguay reciben importantes flujos de turistas respecto a su población; además hay que considerar que Costa Rica es un referente para las actividades de turismo médico. Esta comparación frente a nuestros vecinos lleva a la conclusión de la necesidad de fortalecer la política pública para incrementar el flujo de turistas a nuestro país.

Tabla 14
Arribo de turistas respecto a la población total, 2013 (mill. de personas)

País	Turismo Internacional N° de arribos 2013	Pob. 2013	% de turistas respecto a su población
Chile	3.576	17.575	20,3%
Colombia	2.288	47.342	4,8%
Costa Rica	2.428	4.706	51,6%
Ecuador	1.364	15.661	8,7%
Peru	3.164	30.565	10,4%
Uruguay	2.683	3.407	78,7%
Venezuela	986	30.276	3,3%

Fuente: Banco Mundial, Estadísticas de población y turismo internacional, 2015

Elaboración propia.

En el Ecuador existe importante información estadística sobre turismo receptor (emisor e interno), entrada de extranjeros al país, salida de ecuatorianos al exterior, el ingreso de divisas por turismo y otros indicadores relacionados (MINTUR 2014, 3), sin embargo aun no se ha desarrollado una metodología para conocer el motivo y duración del viaje del turista en la categoría de salud y/o tratamiento médico, por lo que esta falta de información se considera una debilidad al momento de establecer una política pública de turismo médico.

Dentro de los motivos de viaje se registran los siguientes: turismo, negocios, eventos, estudios, y otros. De la información que se encuentra en la Tarjeta Andina de Migración (INEC 2014b), se considera que los turistas que visitan el país para tratamientos médicos pueden estar incluidos en la categoría de otros, entonces sería importante incluir una alternativa adicional para el registro de información relacionada al tratamiento de salud.

Tabla 15
Entrada de extranjeros por motivo de viaje, año 2014

Motivo de viaje	No. de turistas	Porcentaje
Turismo	1.148.664	73,8%
Negocios	69.385	4,5%
Eventos	126.192	8,1%
Estudios	1.734	0,1%
Otros	211.016	13,6%
Total	1.556.991	100,0%

Fuente: INEC, Estadística de entradas y salidas internacionales 2014.
 Elaboración propia.

Desde el punto de vista económico, el turismo implica las actividades realizadas por los visitantes, considerados como: "... una persona que viaja a un destino principal distinto al de su entorno habitual, por una duración inferior a un año, con cualquier finalidad principal (ocio, negocios, salud, educación u otro motivo personal) que no sea la de ejercer una actividad remunerada para una entidad residente en el país o lugar visitado. Los viajes realizados por los visitantes se consideran viajes turísticos" (MINTUR 2014, 4).

El incremento de ingreso de turistas al país se da a pesar de los altos costos adicionales en impuestos y tasas en pasajes aéreos (Tabla 15). Además como parte de incentivo para los turistas extranjeros existe el mecanismo de devolución de Impuesto al Valor Agregado

(IVA) en determinadas compras, servicios de alojamiento y adquisición de bienes producidos en el país.

Tabla 16
Comparativo de precios y carga impositiva en pasajes aéreos

Origen	Destino	Pasaje	Impuestos y tasas	Cargo	Total tarifa	Participación impuesto en total tarifa
Miami	Quito	357	123	21	501	24,55%
Miami	Guayaquil	603	112	37	752	14,89%
Miami	Cuenca	381	124	0	505	24,55%
Origen	Destino	Pasaje	Impuestos y tasas	Cargo	Total tarifa	Participación impuesto en total tarifa
Miami	Medellín	314	126	0	440	28,64%
Miami	Cali	317	118	0	435	27,13%
Miami	Bogotá	314	115	0	429	26,81%
Origen	Destino	Pasaje	Impuestos y tasas	Cargo	Total tarifa	Participación impuesto en total tarifa
Miami	San Jose	488	88	0	576	15,28%
Miami	Santo Domingo	358	149	0	507	29,39%
Miami	Buenos Aires	840	133	0	973	13,67%

Fuente: Despegar.com 2015

Elaboración propia.

Nota: Se utilizó cotizaciones virtuales de DESPEGAR.COM, realizada el 27 de Abril de 2015, con fechas: de salida 1 de mayo y 1 de junio de regreso, para un adulto.

4.3. Comercio de servicios y déficit en la balanza de servicios

El desarrollo del turismo médico puede ser un importante generador de ingresos y de empleo de alto valor agregado, por lo que la economista Natalie Cely en la rueda de prensa de posesión como Ministra Coordinadora de Producción, Empleo y Competitividad (MCPEC) definió entre sus prioridades “promover la exportación de servicios médicos y odontológicos” (El Universo 2015), lo que posiciona a la actividad en el marco de transformación de la matriz productiva y la ubica en las prioridades de implementación de la agenda de producción del país, que debe implementarse a través del Ministerio de Turismo.

En este apartado vamos a cuantificar en la balanza de servicios el aporte del turismo, comercio de servicios de salud y la situación de la balanza de servicios. La literatura especializada menciona que los datos existentes sobre el peso de la actividad de turismo médico en la economía nacional son escasos y poco fiables, lo que provoca un problema para la formulación de política pública, porque sin los datos no es posible determinar sus impactos, por ejemplo, para conocer el número de turistas médicos, los ingresos que la actividad genera, etc.

En la India se estima que los extranjeros representan entre el 5 y 7% de todos los pacientes que reciben tratamientos médicos en ese país (Álvarez, Chanda, y Smith 2011, 4). Para 2014 en Colombia³³ se estima que del total de turistas que visitaron el país en ese año, el 1,9% corresponde a turismo médico (pacientes extranjeros no residentes y pacientes colombianos no residentes) lo que generó ingresos por US \$ 144,9 millones (PTP 2015).

De acuerdo con el Manual de Estadísticas del Comercio Internacional de Servicios (ONU y otros 2012, 59) no existe una clasificación exacta de las actividades de turismo médico, pero se las puede identificar en la balanza de servicios dentro del grupo primero, de *Viajes Personales*, como una variante que se denomina *gastos relacionados con la salud*, que incluye “gastos de los servicios médicos, demás atención sanitaria, la comida, el alojamiento y el transporte local que adquieren las personas que viajan con fines médicos”.

El segundo grupo es el rubro denominado *Servicios Personales Culturales y Recreativos* que incluye los servicios de salud y abarca: “servicios generales y especializados de salud humana que prestan los hospitales, médicos, enfermeras y personal paramédico y similar, como los servicios de laboratorio y afines, ya sean prestados a distancia (mediante la telemedicina o el tele diagnóstico) o en el lugar” (ONU y otros 2012, 87-88). Estas dos clasificaciones, “viajes personales y servicios de salud”, donde en principio se registran las actividades de turismo médico, abarcan los cuatro modos de suministro del comercio de servicios, por lo que una estimación de ingresos por ese concepto (modo de suministro 2) puede resultar complicado.

Los conceptos proporcionados en las notas metodológicas del BCE son similares al Manual de Estadísticas del Comercio Internacional de Servicios. La balanza de servicios presenta déficit, según la información registrada³⁴, desde 1999 (BCE 1999), que en 2014 alcanzó la cifra de US \$1.219,3 millones, (Tabla 16). Es importante mencionar la persistencia de los déficit en la balanza de servicios no solo en el Ecuador sino en la región, por ejemplo la CEPAL (2002, 178) registra desde 1990 hasta la presente fecha, para el 2014 se atribuye el déficit a “un contexto de bajo dinamismo de la economía” (CEPAL

³³ Se estima que en el año 2014 ingresaron 1,96 millones de turistas a territorio colombiano.

³⁴ De acuerdo al Boletín Trimestral de la Balanza de Pagos N° 1 del Ecuador del BCE, se registra información de comercio de servicios desde 1999

2014, 33). López sostiene que la exportación de servicios requiere un perfil de calificación de la mano de obra, por lo que América Latina se caracteriza por la abundancia de mano de obra no calificada de ahí que los “países en desarrollo presenten resultados deficitarios en sus balanzas comerciales de servicios, sobre todo en los sectores que hoy tienen un mayor dinamismo en el intercambio, dada la baja disponibilidad de capital humano que presentan esas economías” (López y otros 2009, 17, 18). El predominio tecnológico y de escala de producción que presentan los proveedores de los distintos servicios radicados en los países más desarrollados, también incide en la tendencia deficitaria antes señalada.

Por lo que el impulso del turismo médico se presenta como una alternativa real para, en parte, ayudar a revertir este déficit en la balanza de servicios.

Tabla 17
Balanza de servicios del Ecuador, (millones US \$)

Tipo de Servicio - Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Exportación de Servicios	1.036,53	1.200,09	1.441,62	1.336,52	1.472,22	1.587,47	1.807,21	2.028,99	2.333,90
Transportes	352,24	347,61	366,79	345,46	359,78	398,92	411,92	423,45	424,68
Viajes	489,90	623,43	741,80	670,14	781,35	843,37	1.032,52	1.246,18	1.482,11
De Negocios	125,64	160,95	191,52	173,01	201,73	217,74	266,57	321,73	382,64
Personales	364,26	462,47	550,29	497,13	579,62	625,63	765,95	924,44	1.099,46
Otros Servicios	194,39	229,05	333,02	320,92	331,09	345,18	362,77	359,36	427,11
Servicios personales, culturales y recreativos	41,11	43,85	46,78	53,79	66,43	82,02	99,96	109,51	99,30
Otros	4,11	4,39	4,68	5,38	6,64	8,20	10,00	10,95	9,93
Importación de Servicios	2.341,27	2.571,57	3.013,02	2.618,31	2.994,67	3.150,17	3.198,35	3.524,32	3.553,21
Transportes	1.170,92	1.327,00	1.669,29	1.369,16	1.716,17	1.761,66	1.708,39	1.773,42	1.782,71
Viajes	466,30	503,97	541,64	548,70	568,09	593,66	610,59	621,39	632,38
De Negocios	126,54	136,76	146,98	148,90	154,16	161,10	165,69	168,62	171,61
Personales	339,76	367,21	394,66	399,80	413,93	432,56	444,90	452,76	460,77
Otros Servicios	704,05	740,60	802,09	700,45	710,41	794,86	879,37	1.129,52	1.138,12
Balanza de Servicios	-1304,74	-1371,49	-1571,40	-1281,79	-1522,45	-1562,70	-1391,14	-1495,33	-1219,30

Fuente: BCE, Boletín Trimestral de la Balanza de Pagos del Ecuador No. 50.
Elaboración propia.

Desde el gobierno se ha presentado un Plan Integral de Propuestas para mejorar la Balanza de Servicios que tiene como objetivo “evaluar el déficit de la balanza de servicios y las potenciales medidas que se podrían aplicar para corregirlo” (MCPEC 2013a, 2) en el que se promueve como uno de los ejes estratégicos³⁵ los servicios médicos y dentales,

³⁵ Este Plan Integral contiene las acciones a tomar para solucionar el problema de déficit en la balanza de servicios, además la propuesta considera los siguientes ejes: seguros y reaseguros; asistencia técnica, asesoría marcas, honorarios de abogados; software; transporte y logística; servicios médicos y dentales; viajes; servicios profesionales para empresas y servicios ambientales.

donde se considera como estrategia la certificación con estándares internacionales, fomento del turismo médico y marca País.

Mientras que su alcance se refiere al “fomento y promoción de exportaciones de servicios a nivel de ferias, ruedas de negocios, reuniones bilaterales (generación de mercados para la prestación de servicios a través de uno o varias modalidades contenidas en el Acuerdo General de Comercio de Servicios de la OMC y conforme a los compromisos de cada país)” (MCPEC 2013, 4), su implementación está considerada en el mediano plazo y los resultados en el largo plazo.

En la implementación de la estrategia participan tres carteras de Estado: Industrias y Productividad, Turismo y Salud, además la iniciativa no responde a un hecho de coyuntura económica, sino estructural, los déficits en la balanza de servicios se registran desde 1999.

Desde la política de comercio, la propuesta se ha visto empañada por la falta de compatibilidad con el interés que tiene el Ministerio de Salud Pública. En un documento interno se menciona que los delegados del Ministerio de Salud no han recibido “ninguna invitación para mantener reuniones de trabajo” (MSP 2013, 1) de sus pares para tratar sobre el déficit de la balanza de servicios y participar en la estrategia descrita, pese a que esta cartera de Estado ejerce la rectoría del sistema como autoridad sanitaria nacional, que “como ente rector no ha tenido ninguna participación” (MSP 2014a, 1), lo que demuestra la poca coordinación entre los actores públicos involucrados.

En este caso la OMC y OMS (2002, 168) concluyen que es necesario el desarrollo de capacidades para lograr una coordinación y coherencia de política pública en el comercio y salud, que en países en desarrollo “esa capacidad no existe o es muy débil”.

En la presentación de las propuestas finales para mejorar la Balanza de Servicios en el rubro de Servicios Médicos y Dentales (turismo médico) se establece como institución responsable al Ministerio de Turismo (MCPEC 2013, 2). Como se indica en el primer capítulo del trabajo, la literatura señala que no hay consenso para que el ministerio de turismo o comercio acoja las actividades de salud como parte de la dinámica de comercio y de turismo. Además hay que recordar que en los países que han optado por promover el

turismo médico con apoyo del gobierno, los ministerios de turismo son los encargados de impulsar esta actividad.

5. Balance del análisis de la política pública

El turismo médico en el Ecuador es una actividad que se desarrolla por iniciativa del sector privado, aunque no se pueda evidenciar cuantitativamente por la falta de estadísticas. Además no se registra apoyo del gobierno para su impulso y promoción a través de normativas o programas específicos, hay que reconocer que las actividades de turismo médico se ajustan a la normativa y programas de fomento productivo vigente.

La actividad de turismo médico presenta tasas extraordinarias de crecimiento, alrededor del 25%, en países como India, Tailandia y Singapur, que son con América Latina, los destinos favoritos para los turistas que buscan atención médica.

Las iniciativas del sector privado en el Ecuador presentan importantes inversiones en infraestructura, tecnología y talento humano, por lo tanto el país está listo para la prestación de servicios de salud a ciudadanos extranjeros, con altos estándares de calidad.

En el marco de la política pública las actividades del turismo médico se ajustan a documentos de base como el Plan Nacional del Buen Vivir, las orientaciones para el Cambio de la Matriz Productiva, Agenda de Transformación Productiva, además de la normativa establecida en la Constitución, Código de la Producción, Decreto de creación del Ministerio de Comercio Exterior, Ley de Turismo y su reglamento, donde se promueve la participación y articulación entre los sectores público y privado.

Tabla 18

Resumen de la normativa para la implementación del turismo medico en el Ecuador

Constitución	PNBV 2013 2017	Codigo de la producción	Agenda de Transformación productiva	COMEX	Ley de Turismo
Objetivo de la política económica y comercial la inserción estratégica en la economía mundial, promoción de exportaciones de aquellas que generen mayor empleo y valor agregado (art. 284 y 304)	Diversificar y generar mayor valor agregado	Transformación de la Matriz Productiva	Bases sólidas para el desarrollo productivo del país en el largo plazo	Promover las exportaciones de productos y servicios en mercados internacionales	Determinar el marco legal para la promoción, desarrollo y regulación del sector
	Impulsar el turismo como sector prioritario para la atracción de inversión nacional y extranjero	Empleo de mayor valor agregado, servicios basado en el conocimiento y la innovación	Cambio de matriz productiva, empleo de calidad, disponibilidad de talento humano	A través de PROECUADOR: promover la oferta exportable de bienes y servicios	La iniciativa privada como pilar fundamental del sector, inversión directa, generación de empleo y promoción internacional
	El sector turismo es prioritario				Coordinación de la actividad turística

Fuente: Normativas y documentos de política
Elaboración propia

Desde el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, el objetivo es garantizar el derecho a la salud de todos los ecuatorianos y de las personas extranjeras que se encuentren en territorio ecuatoriano. Con la aprobación de la Constitución en 2008, el país atraviesa por una reforma en el sector de la salud que contempla incrementos en el presupuesto y fortalecer los servicios estatales de salud.

El sistema de salud, que abarca a los prestadores públicos y privados, atiende por igual a pacientes nacionales y extranjeros, conforme a la norma constitucional. En el caso de que un paciente reciba atención en un hospital público por efecto de la norma establece que para proceder a una derivación las unidades “buscaren primero utilizar los servicios de la red pública y únicamente al no encontrar recursos en la RPIS procederán a derivar pacientes a la red privada complementaria” (MSP 2012, 17).

Si el paciente fuera derivado a un prestador privado, una institución de salud de la red privada podría dar preferencia al extranjero frente a otros pacientes nacionales que sean derivados de la red pública, por tres razones: 1. El pago puede hacerlo el paciente a precios más caros y en efectivo; 2. Se evita los problemas de cobro a la red pública; 3. El prestigio que puede tener por la promoción que pueden dar los extranjeros.

¿Qué problema produce esta acción? Se produce un problema de equidad al dejar de atender a los pacientes nacionales frente a los extranjeros, por las razones anotadas. ¿Por

qué esta situación supone una contradicción a la política de Estado de fortalecer los servicios públicos de salud? Los prestadores públicos necesitan de los privados porque amplían la capacidad resolutive. Si los prestadores privados solo atienden a pacientes que pueden pagar la atención de salud y extranjeros que utilizan el sistema con fines de turismo médico, dejando de lado las derivaciones y referencias del sector público, puede provocarse una crisis en la prestación de los servicios públicos de salud, incremento de precio de los servicios y con ello poner en riesgo la garantía constitucional de atención de salud a la población.

La implementación del turismo médico no se ajusta al proceso liderado por el MSP, porque en la prestación de servicios de salud el sector privado aporta con importante capacidad resolutive, por lo que su impulso supondría una contradicción a la política de Estado de fortalecer los servicios públicos de salud. Par evitar este riesgo, desde el MSP es importante fortalecer los servicios públicos de salud con la participación del sector privado, para que se complementen y permitan una atención en igualdad de condiciones para los pacientes nacionales y extranjeros.

Además es importante que desde el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, se inicie el fomento del turismo médico cuya prestación de servicios de salud tiene que darse a través del sector privado, en principio con una cartera de prestaciones medicas básicas, por ejemplo cirugías estéticas, tratamientos dentales y oftalmológicos, esto permitirá conocer el desarrollo de estas actividades y obtener experiencia, y en el transcurso ir incorporando prestaciones médicas de mayor complejidad.

La falta de compatibilidad entre la política comercial y la política de salud se registra cuando en una iniciativa para tratar de revertir el déficit en la balanza de servicios en el Ecuador no se logra una plena coordinación entre los actores público-privados encargados de impulsar la estrategia de turismo médico. Para el impulso del turismo médico en el Ecuador el Ministerio de Turismo es la institución responsable para definir los lineamientos de política que aporten para mejorar la balanza de servicios en coordinación y con la participación del Ministerio de Salud Pública.

6. Análisis de resultados desde la perspectiva de los actores directos en la aplicación del turismo médico en Ecuador.

La investigación utilizará el método cualitativo que tiene como objetivo comprender el fenómeno y el contexto en el que se desarrolla el turismo médico a través de la política pública pertinente, que nos permitirá alcanzar el objetivo de estudio relativo a conocer la interacción entre la política de comercio, turismo y salud en la aplicación del turismo médico en el Ecuador

6.1. Metodología

Como instrumento cualitativo se utiliza la entrevista, de tipo “no estructurada”, que consiste en dar una cierta libertad para que el entrevistado se exprese en el sentido que desee y, consta de preguntas relacionadas a la política pública y aplicación del turismo médico en Ecuador. Vargas recoge una definición de entrevista no estructurada que se ajusta a la presente investigación:

...puede proveer una mayor amplitud de recursos con respecto a los otros tipos de entrevista de naturaleza cualitativa; el esquema de preguntas y secuencia no está prefijada, las preguntas pueden ser de carácter abierto y el entrevistado tiene que construir la respuesta; son flexibles y permiten mayor adaptación a las necesidades de la investigación y a las características de los sujetos, aunque requiere de más preparación por parte de la persona entrevistadora, la información es más difícil de analizar y requiere de más tiempo (Vargas 2012, 126).

Primero se definió a una serie de actores interesados, seleccionados por representar potenciales intereses en la implementación de programas de turismo médico, estos son: un médico cirujano plástico, un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante del Ministerio de Comercio Exterior, el presidente de la Cámara Provincial de Turismo de Pichincha, un representante de Ministerio de Turismo, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. La selección del cirujano plástico como actor interesado responde a la activa participación en defensa de la especialidad; mientras que los funcionarios de gobierno fueron seleccionados de acuerdo a su rol en las diferentes carteras de Estado, en las que trabajan en el desarrollo e implementación de la política pública de turismo médico.

Las entrevistas que se realizaron a los actores interesados permiten obtener evidencia empírica del comportamiento de este fenómeno. Los participantes fueron seleccionados por representar los intereses de la política pública y turismo médico. Cada entrevista tuvo un tiempo estimado de media hora a una hora por actor, aproximadamente.

El análisis de la información surge de la investigación y lectura de los textos seleccionados necesarios para plantear las preguntas, que ayudarán a la comprensión del fenómeno dentro del país.³⁶ Con la aplicación de la entrevista “no estructurada” se obtienen diferentes criterios sobre la problemática, con lo que se pretende entender su comportamiento y determinar la importancia, de tal manera que permita establecer el alcance y aplicación de políticas que se ajusten a la realidad del país.

6.2. Análisis de resultados

Se presentan los resultados de las entrevistas para conocer la percepción y las perspectivas de los involucrados. Se entrevistó a 6 actores relacionados con el turismo médico en el Ecuador. Las personas que participaron en las entrevistas tienen puntos de vista distintos respecto a un mismo tema, como por ejemplo a la pregunta: ¿Si hay turismo médico en Ecuador? Además, desde el punto de vista de los actores privados refleja optimismo respecto al desarrollo de la actividad y los potenciales beneficios que puede generar para la economía.

Se presentan los resultados de las entrevistas por temas relacionados a turismo médico y política pública.

6.2.1. Turismo médico en el Ecuador

Todos los entrevistados coinciden en que sí existe turismo médico en el Ecuador, que está motivado principalmente por los bajos costos de los procedimientos médicos. Desde el punto de vista de un profesional de la cirugía plástica sostiene que “...más que turismo médico, hay extranjeros que se vienen a operar por algunas circunstancias, un migrante que se venga a operar no es turismo médico... el turista viene a dejar dinero en

³⁶ Los atributos de este tipo de investigación se basa en el mundo real como su campo de trabajo, se estudian los procesos sociales con un mecanismo flexible en la obtención de datos, es importante los procesos de interacción social y se analiza permanentemente el modelo de proceso de investigación (Álvarez-Gayou 2003, 24–25).

hotel, sitios turísticos etc., fuera de lo que es estrictamente cirugía, dinero a la clínica, cirujano y las personas que trabajan en la clínica etc. Por lo tanto no hay la generación económica que hace el extranjero respecto al migrante. La situación de un migrante es diferente...”.³⁷

Desde el MSP se reconoce la existencia del turismo médico, cuyas prestaciones de salud se producen en el sector privado con “...experiencias puntuales que tratan de acogerse al tema de turismo médico que tienen incentivos para que vengan extranjeros a utilizar los servicios por la ventaja de los costos, profesionales altamente capacitados, de reconocida experiencia y trayectoria...”. Además expresan sus inquietudes respecto a una posible utilización de los servicios de salud por parte de extranjeros y de las derivaciones del sector privado de pacientes extranjeros por alguna complicación médica.³⁸

El representante del medio académico también reconoce la existencia del turismo médico, de doble vía, es decir de personas que ingresan al país a utilizar los servicios médicos privados motivados por los bajos precios y de ecuatorianos que viajan al exterior motivados por las tecnologías sanitarias que no existen en el país. También expresa, su preocupación, que debido a la gratuidad de los servicios públicos de salud, puedan venir extranjeros exclusivamente para recibir atención, desde esta opinión también se considera turismo médico, aunque en la literatura especializada estas prestaciones tienen otro enfoque.

6.2.2. La importancia del turismo médico en el ámbito económico y sanitario

La mayoría de los entrevistados coinciden que la implementación del turismo médico en el Ecuador es importante para una parte el sector privado, por la generación de ingresos, posibilidad de empleo con valor agregado para los profesionales de la salud, inversiones en infraestructura y equipamiento con tecnología de punta.

Desde la opinión del representante del MSP, el turismo médico es una actividad que deja:

... réditos desde el punto de vista económico, es decir, es una actividad rentable que genera ingresos, divisas; en los países que promueven esta actividad se ha visto eso que se

³⁷ Santiago Pesantez, Cirujano Plástico, entrevista realizada en Quito, el 23 de Julio de 2015.

³⁸ Ana Cristina Mena, Directora Nacional de Economía de la Salud del MSP, Quito, 29 de Julio de 2015.

concentra en el sector privado y la lógica actual es potenciar el ámbito público servicios públicos de salud, porque hay un marco constitucional que involucra gratuidad universalidad y eso implica que hay que fortalecer el ámbito público... En el tema del equipamiento, infraestructura, la inversión privada en ese sentido puede responder perfectamente a las necesidades que se generen del turismo médico, pero el tema del talento humano³⁹ me parece mucho más complejo...(Mena 2015).

Todas las actividades tienen algún tipo de externalidad, en la lógica del turismo, por ejemplo, un extranjero que viene a una convención hace uso de servicios hoteleros, de transporte etc., pero al final deja algún recurso.

La percepción del representante académico es que el beneficio del turismo médico se traslada hacia el sector privado, en respuesta, a que la atención de salud es un negocio:

... también en algunos casos hay comercialización de la medicina. Las clínicas privadas son un negocio, en realidad hay un negocio de prestación de servicios para una atención mejor. En ocasiones faltan cosas en los hospitales públicos, entonces el sector privado puede dar un buen servicio. En el empleo puede ser de mayor valor agregado, mayor capacitación. ¿Quiénes son la gente que salen a los congresos a nivel internacional a actualizar los conocimientos? Generalmente son los médicos que trabajan para el sector privado, que tiene su consulta privada, sus clínicas privadas. Los médicos que son dependientes del hospital público es más difícil que realicen estos cursos de capacitación continua...(R. López 2015).

6.2.3. Política pública y turismo médico

Desde la ASN se presumen las implicaciones que tiene el turismo médico en el Sistema Nacional de Salud, especialmente desde el financiamiento, por lo que se sostiene que el tema "... tiene que ser trabajado en el ámbito de la política pública con mucha rigurosidad para no causar problemas futuros, en el largo plazo, que puede afectar al sector, si no están acordes las reglas de juego, debidamente ordenado el tema..."⁴⁰

De igual forma, considera que hay aspectos del turismo médico donde hay que tener reglas claras para todos los actores, al respecto por ejemplo manifiesta "... qué sucede

³⁹ En el contexto del turismo médico existen debates en los que se afirman que su desarrollo puede darse a costa de una migración del talento humano desde el sector público al sector privado. Cuando se impulsan estas actividades los sistemas de salud enfrentan presiones para mantener a los trabajadores de la salud en el sector público por los incentivos que se ofrecen para trabajar en establecimientos de salud del sector privado. Hay que tener en cuenta que la formación de los recursos humanos generalmente se hace con financiamiento público (Snyder y otros, 2013, 2, 3)

⁴⁰ Ana Cristina Mena, Directora Nacional de Economía de la Salud, entrevista realizada en Quito, el 29 de Julio de 2015.

cuando uno de estos pacientes tiene complicaciones derivadas de algún procedimiento que se realiza en el marco del turismo médico. Actualmente en el país tiene la garantía del derecho a la salud en el ámbito público, de manera gratuita, indistintamente de su nacionalidad, mientras este en territorio nacional se lo atiende...”⁴¹

Esta preocupación surge cuando hay complicaciones médicas en el sector privado y los pacientes son derivados a los servicios públicos del MSP, y cuando se detecta que esta persona extranjera no posee un seguro de salud, el financiamiento de la prestación es asumida por el Estado y es ahí donde surge la preocupación del MSP por los aspectos del turismo médico que no están reglamentados. De ahí que se considera importante la regulación de la actividad:

...plantea algunos temas que son específicos y que deben ser normados para tener claridad en esos procesos relacionados con el turismo médico, aplican normativas y regulaciones; esta actividad tiene particularidades que deben afinarse, un tema que requiere mucho análisis, revisar la actual normativa y establecer un marco que permita evitar que el impulso del turismo médico tenga repercusión en la disminución de los servicios de salud a los residentes nacionales, concentren profesionales y recursos que no puedan ser utilizados en el ámbito público. El tema tiene que ser trabajado en el ámbito de la política pública con bastante rigurosidad para no causar problemas futuros, en el largo plazo, que puede afectar al sector de la salud si no están acordes las reglas de juego, debidamente ordenado”...(Mena 2015).

Las acciones de la ASN se concentran en la solución de problemas históricos relacionados con la prestación de servicios de salud: falta de una adecuada infraestructura, falta de insumos y medicamentos, falta de profesionales médicos y cumplir con lo que establece la Constitución.

En el turismo médico deben establecerse las reglas de juego para el sector de la salud. Existen otros actores públicos que también deben participaren un contexto de articulación, a su vez cada sector debe encargarse de acuerdo a su competencia de acciones puntuales: 1. El sector turismo debe garantizar la calidad de esa actividad en su ámbito, 2. El sector salud debe garantizar la calidad de la prestación médica.

⁴¹ *Ibíd.*

Desde el punto de vista de un funcionario del Ministerio de Comercio Exterior (COMEX) el tema servicios "... es un sector en el que no se ha actuado con una política uniforme, coordinada, no ahora sino desde siempre, por una parte no se entiende bien qué son los servicios. Desde que el Ecuador ingresó a la OMC en 1996 hay una mayor preocupación e interés aislado por ciertos sectores para analizar el tema de los servicios de manera general...".⁴²

Hay que reconocer que en el COMEX no había interés por este capítulo (turismo médico), sino a partir de esta investigación, y destacan la potencialidad de la actividad en el comercio de servicios, la falta de información precisa y la presunción "... que es un sector que puede ofrecer oportunidades a los proveedores de esos servicios en el país y estimamos que podría apoyarse de hecho este tipo de prestaciones en alguna ramas, dado que las diferencias de costos con el exterior es significativa...".⁴³

Lo primero sería tener un diálogo con los actores que están en este ámbito, de ahí nosotros tenemos políticas generales que se aplican a todos los sectores, por ejemplo estimular la asociatividad, es una política que queremos llevar adelante, y crear una cámara de proveedores de servicios general, que podría tener capítulos por rubro, sectorial, por ejemplo los de la salud, eso se va a plantear ahora que hay un cierto interés por el sector, pero hay que estimular el diálogo con el sector público por ejemplo de modo conjunto, definir cierto tipo de políticas que puedan favorecer al sector... (Falconí 2015b).

Desde esta percepción se menciona que hay una suerte de falta de organización entre los prestadores de servicios de salud para el turismo médico, en el COMEX tienen "...la impresión que cada uno transita por su lado..."

Cuando se reconocen las posibilidades económicas de esta actividad, la falta de organización del sector privado para el turismo médico y el posible interés del COMEX, que señala lo siguiente:

"...debería apoyarse y que el propio sector debería promocionar sus servicios, porque tampoco el Estado puede entrar a realizar los negocios privados. Lo que se puede hacer es

⁴² Juan Falconí Morales, Coordinador Técnico de Negociaciones Internacionales del Ministerio de Comercio Exterior, entrevista realizada en Quito, el 29 de Julio del 2015.

⁴³ *Ibíd.*

orientar, realizar estudios sectoriales, si fuera el caso, de este nuevo tipo de servicios, pero en realidad nadie se ha acercado aquí a plantearlo. Los empresarios también son muy cómodos, tendrán ellos sus propios contactos. Si va a Colombia, Medellín por ejemplo es la cuna del turismo de salud estético, Bogotá de servicios oftálmicos -que responden a iniciativas del sector privado que se organizan-, aquí no pasa eso, yo no conozco...”(Falconí 2015b).

Existe la posibilidad de trabajar en la promoción de los servicios médicos en el exterior, con las oficinas comerciales de PROECUADOR, e iniciar con ciertos procedimientos médicos: cirugía plástica, tratamientos dentales, cirugías ambulatorias.

El COMEX va a presentar un trabajo, en el que tratará de agrupar a los distintos proveedores de servicios, para conocer sus demandas, competitividad, y oportunidades existentes, etc. Al respecto, la percepción de un actor del sector privado es: “... el Estado debería ser el actor principal...” en caso de implementar el turismo médico en el país (Pesantez 2015), porque el principal componente de esta actividad es la prestación de servicios de salud

La percepción de un académico sobre este tema, es que esta tiene la misión de formar médicos públicos para el sector público, médicos en atención primaria. En atención primaria no hay negocio ni turismo médico,⁴⁴ quizá el turismo médico se ve para especializaciones médicas, entonces el médico que formamos “...no está para eso...”⁴⁵

6.2.4. Interacción entre política pública y turismo médico

En el MSP se reconoce que actualmente no existe una coordinación para impulsar el turismo médico, pero hay iniciativas, desde el sector privado, que deben enmarcarse en el cumplimiento de normativas establecidas para el sector público y privado, es decir un prestador de servicios de salud, independientemente si va a ofrecer servicios médicos a extranjeros, debe cumplir con la normativa vigente. Se reconoce el caso de Cuenca como la única iniciativa público-privada para promocionar a la ciudad como destino de salud.

⁴⁴ Para el caso del Ecuador si hay prestaciones de salud a extranjeros.

⁴⁵ Ramiro López, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, entrevista realizada el 23 de Julio de 2015.

Por su parte, el representante de la Cámara de Turismo de Pichincha señala que su gremio se encuentra vinculado al desarrollo del turismo de bienestar:

...porque la política pública no está en el Ministerio de Salud, está en el Ministerio de Turismo. Todo lo que tiene que ver con la implementación, desarrollo, cuidados del área turística está en el Ministerio de Turismo, incluso la promoción, y hoy en día la promoción está relacionado más con lo que se conoce como turismo de salud o de bienestar (*welfare-wellness*)...Tienes establecimientos que ya constan aquí y están funcionando con *spas*, con termas, por ejemplo las termas de Papallacta.

Entonces el turismo está asociado a un tema de bienestar, preventivo, asociado a los conocimientos ancestrales, lodos, bebidas, alimentación, gastronomía todo esto asociado al bienestar natural. Entonces el sector público tiene mucho más direccionamiento y esta línea...(Salvador 2015).

6.2.5. Compatibilidad de la política pública con la implementación del turismo

médico

Los entrevistados mencionan los beneficios del turismo médico, sin embargo desde la perspectiva pública del MSP, el interés primero es cumplir con lo establecido en la Constitución:

...el turismo médico actualmente no es compatible, como ASN estamos preocupados de garantizar el derecho a la salud, como país, el objetivo es no promover el turismo médico. Puede llegar a ser compatible siempre y cuando primero se logre resolver los temas prioritarios en salud luego poner las reglas de juego claro este es el punto clave. Entonces puede llegar a ser compatible (el turismo médico), actualmente no lo es, hacen falta elementos para compatibilizar la política pública con el turismo médico...(Mena 2015).

Desde el ámbito público según la ASN:

...la principal responsabilidad es atender la demanda local de servicios de salud, además el turismo médico está relacionado con un pago, y que deje recursos al país, genere divisas, empleo. El turismo médico es una actividad económica, no una actividad de salud, desde la lógica pública no se lo podría hacer. Por ejemplo viene un extranjero que quiere realizarse una cirugía plástica, no le cobran por los servicios, ya que en el sector público estos son gratuitos, entonces pierde la lógica de turismo médico...(Mena 2015).

Respecto a la contradicción de la política pública entre lo económico y sanitario, desde el COMEX se sostiene que la clave está en los empresarios y que en el ámbito del turismo médico, comercio de servicios de salud no hay nada como iniciativa privada:

... El MSP debe cumplir con el fin público, por ejemplo, estamos en una economía de mercado, es una concepción equivocada no apoyar este tipo de servicios. Se debe articular la política salud, comercio y turismo con la participación de los empresarios que inviertan en promocionarse o acercarse a las entidades públicas y coordinar la estrategia que por el momento no lo han hecho. Nosotros estamos haciendo un plan de desarrollo del sector servicios, por ejemplo los servicios de software es un sector que está organizado, entre otros, pero los del sector de la salud no se ha escuchado, al menos en el tema del comercio de servicios...(Falconí 2015b).

En el rol del sector público frente al turismo médico, el representante del sector académico señala que “... para eso está el MSP como ente rector que pone la normativa, ahora con el nuevo código de salud me imagino que habrá un capítulo que regulará esto. Pero no es una función de la academia sino más bien del ente rector...”⁴⁶

6.2.6. Medición del comercio de servicios

En el primer capítulo se revisó la dificultad, en el intento de cuantificar la movilidad y los ingresos que genera la actividad de turismo médico. Desde el comercio de servicios hay una preocupación por la disponibilidad de datos estadísticos confiables, necesarios para la formulación de políticas públicas.

El país no es la excepción, no se dispone de información de esta actividad. Desde el MSP se tiene conocimiento que el “...MINTUR tenían una propuesta de cambiar la tarjeta de migración e incorporar el tema de salud, yo entendería que si han postergado el tema de turismo de salud, la propuesta de modificar la Tarjeta de Migración Andina (TMA) no sería incorporado. Sería interesante para saber cuántos vienen por este motivo...”⁴⁷ El funcionario del COMEX menciona que desde hace tiempo hay una propuesta de nueva tarjeta de entrada y salida que ha quedado ahí.

En el COMEX reconocen el problema de la falta de información de los servicios en general: “...no solo es un problema del país que no disponemos de información estadística apropiada, creíble, regular, continua en fin. El Banco Central del Ecuador realiza estimaciones y no hay un sistema que siga los patrones del Comité de Estadística de Naciones Unidas, incluso para la elaboración de Cuentas Nacionales se hacen

⁴⁶ Ramiro López, entrevista realizada el 23 de julio de 2015.

⁴⁷ Ana Cristina Mena, entrevista realizada el 29 de Julio de 2015.

ajustes...”.⁴⁸ y concluye que el sistema estadístico es importante porque las actuales estadísticas, en su opinión, son poco confiables.

6.2.7. Turismo médico y la balanza de servicios

Respecto al déficit de la balanza de servicios se considera que la actividad del turismo médico no es la solución para revertir la situación. Desde la ASN se menciona que:

...existen otros mecanismos, estos procesos no son del corto plazo, son a mediano y largo plazo. Esto quiere decir que hoy se decide apostar por el turismo médico y mañana van a llegar los extranjeros a utilizar los servicios de salud nacional. Actualmente deben haber instituciones que si están preparados para brindar los servicios al nivel que los extranjeros esperan, probablemente no son todas las instituciones privadas. También es necesario un proceso de certificación que garantice que son establecimientos de calidad para el fomento del turismo médico. Yo creo que no es la solución el turismo médico para el tema de balanza de servicios dado que puede tener consecuencia en la salud pública y en la prestación de servicios de salud... pondría en una balanza: ¿Qué prefiero? solucionar los problemas de salud de los ecuatorianos o resolver el tema de balanza de servicios, cuando se puede fomentar el turismo en general con mucha fuerza, como se lo está realizando...(Mena 2015).

En el COMEX se considera que toda forma de prestación de servicios por parte de nacionales es positiva, pero “... el tema es que algunas personas creen que a través del turismo de salud, por ejemplo, podría solucionarse el tema de balanza de servicios. Eso no es cierto, podría ser un apoyo que falta consolidar...”⁴⁹ el apoyo a este sector no significa que se va a alterar la estructura de servicios del país. En este ministerio se trata de estimular otro tipo de servicios, por ejemplo el transporte, que tiene mayor impacto en la balanza de servicios.

Desde el COMEX hay apertura para incluir los servicios de salud en la política de comercio:

...Hay servicios que son prioritarios en el COMEX para el ordenamiento económico. Para nosotros un sector que es importante es el turismo y ahí se podría incorporar: el comercio de servicios de salud, el transporte marítimo, el transporte aéreo, el sector financiero. Hay otros sectores que si están pesando mucho en el déficit de la balanza de servicios y como usted sabe en una economía como la nuestra dolarizada eso es un problema...(Falconí 2015b).

⁴⁸ Juan Falconí, entrevista realizada el 29 de julio de 2015.

⁴⁹ *Ibíd.*

6.2.8. Recomendación para armonizar la política pública y turismo médico

Ante la posibilidad de implementar el turismo médico, desde la perspectiva del MSP consideran necesario tomar en cuenta algunos elementos, por ejemplo:

- Un análisis de la situación, “para saber quiénes actualmente están llegando por este motivo y establecer si en realidad es un atractivo sin que se lo haya promocionado”,
- Identificar la capacidad de respuesta como país tanto desde el ámbito privado: quiénes en realidad pueden prestar este servicio o están en condiciones de hacerlo. Es decir un análisis de la oferta.
- El rol que juega la ASN, que es necesario que se encuentre claramente definido, así como: la información de los prestadores de servicios de salud y la articulación intersectorial para conocer el ámbito de acción los participantes (Mena 2015).

Concluye que el turismo médico es una actividad que tiene potencial desde el punto de vista económico, es rentable según la experiencia de otros países, genera divisas, que son importantes para la balanza de servicios, por ejemplo. Eso no debe ocultar los problemas que se pueden generar y más bien deben identificarse claramente para prevenir sus efectos negativos. Este servicio bien regulado y controlado, puede ser en el largo plazo una opción.

El COMEX recomienda que antes de promocionar el turismo médico es necesario que el sector privado se vincule al diálogo con el sector público para colaborar. Además se requiere conocer la oferta de este sector: capacidad instalada, número de profesionales médicos, etc., y:

Hay servicios puntuales como tratamientos dentales, oftálmicos, cirugía plástica por los que se podría empezar, pero antes de promocionar hay que considerar el tema de la calidad y seguridad del paciente, para que no haya eventos adversos, que puede perjudicar al sector. Una mala propaganda puede ser perjudicial. No veo como una actividad representativa, la prioridad es consolidar ciertos sectores por fases, por ejemplo un programa de incentivos para sectores que exporten en el que se podría incluir el turismo de salud...(Falconí 2015b).

Por el momento la posición de una cámara de turismo es apoyar el turismo de bienestar, como manifestó su representante, están en permanente sintonía y apoyan la política pública en este ámbito desde el Ministerio de Turismo por lo que la recomendación de este actor es:

Que el enfoque sea más al turismo de bienestar, al termalismo como un elemento de carácter preventivo y no al turismo de salud médico que debe ser un tema complementario y la otra habría que ver cuál es la demanda... ver si se cuenta con personal médico que sea bilingüe como tema importante, entonces hay una dinámica. Entonces como recomendación es promocionar el turismo de bienestar y estar analizando cómo se desarrollan estos temas...(Salvador 2015).

Desde la Subsecretaría de Desarrollo Turístico (MINTUR) se menciona que, al momento el objetivo es lograr apoyo para el turismo de bienestar, mientras que el turismo médico queda postergado hasta 2017:

...Referente a su pedido, le comento que el turismo médico no ha sido priorizado como uno de los productos a desarrollar hasta el 2017, su particular forma de trabajo a través de una oferta muy específica de doctores especializados en temas de estética, tratamientos o similares, hace muy difícil articularlo en la cadena de valor con otros prestadores de servicios turísticos (alojamiento, alimentación, guianza, transporte, etc.). Al trabajar estos doctores con clínicas, hospitales y casa privadas, no regularizados por el Ministerio de Turismo o por los Municipios descentralizados, no se tiene control sobre los servicios prestados y que, muchas veces, debido a la situación de los pacientes, no se genera realmente visitas turísticas, por ejemplo una persona que se ha expuesto a una cirugía estética no está en condiciones de realizar visitas turísticas...

...Bajo este escenario, aunque no enmarcado dentro del turismo médico, vamos a dar impulso a un turismo de bienestar (*wellness*) relacionado al tema de termas y similares, así mismo con los grupos agremiados como el caso de los doctores, impulsar el segmento MICE⁵⁰ hacia Ecuador...(Mera 2015).

Una vez analizadas las entrevistas por temas, son notorios los intereses de los actores en relación con la política pública y el turismo médico. Para el sector privado su implementación es una oportunidad, mientras que los actores del sector público tienen concepciones diferentes: por ejemplo desde el MSP el objetivo es fortalecer los servicios públicos de salud; desde el COMEX expresan que el turismo médico puede ser una alternativa para el comercio de servicios, promocionar, primero, determinados procedimientos (estéticos, dentales, oftálmicos, procedimientos de atención ambulatoria) e invita a representantes del sector privado a presentar sus propuestas; y, para el Ministerio

⁵⁰ De acuerdo al PLANDETUR 2020 (2007, 77) este segmento se refiere a las reuniones y conferencias conocido como MICE (Meetings, Incentives, Conferences and Exhibitions) que pertenece al turismo de negocios y se refiere al “turismo de las reuniones y conferencias se refiere a las actividades realizadas por las personas que viajan a un país con el objetivo principal de participar en una reunión o conferencia o de acompañar a una persona que participará en la misma. Otras variantes que incluye esta línea son negocios, congresos, seminarios, incentivos, simposios, convenciones, ferias y eventos”.

de Turismo y la Cámara de Turismo de Pichincha la prioridad es impulsar el turismo de bienestar.

Conclusiones

Esta investigación tiene como objetivo en el primer capítulo conocer la estructura de comercio, salud, turismo y su relación con el turismo médico. En la definición se encontró que es la *búsqueda planificada de servicios privados de salud*; un fenómeno de alcance global, cuya motivación principal son los bajos precios que se registran en los países en desarrollo. Las prestaciones de salud como, por ejemplo: emergencias, atención transfronteriza y tratamientos de rutina, no se consideran parte de la actividad. Al respecto hay una concepción del tema diferente en América y la Unión Europea.

En el proceso de globalización, el comercio de servicios de salud está en el desarrollo de una etapa donde la característica es la diferencia de precios entre los países, la facilidad en la movilidad de los pacientes, menores costos de transporte y la disponibilidad de mejor infraestructura y tecnologías de los países en desarrollo.

En casos puntuales, la política sanitaria prevalece sobre los intereses comerciales, como por ejemplo: para la promoción de la salud la Carta de Ottawa y en el caso de control de tabaco el Convenio Marco de la OMS.

En la estructura de la política pública, en el caso de las relaciones entre comercio y salud, la OMC fue la primera en documentar estos primeros acercamientos entre los actores relacionados con la salud pública y el comercio para lograr una coherencia de objetivos. Alcanzar este grado de compatibilidad de intereses en la práctica resulta complicado. Desde el máximo organismo de salud, la OMS, se promueve el diálogo entre los actores involucrados para analizar los temas relacionados, mecanismos de coordinación, desarrollar capacidades a nivel nacional que permitan aprovechar los potenciales beneficios y minimizar los riesgos de las actividades del comercio y salud.

Es importante mencionar que en el marco del AGCS queda excluida la prestación de servicios públicos a cargo de los gobiernos, pero la realidad es otra, dado que la prestación es pública y privada, por lo tanto la prestación de servicios de salud que se circunscriben en el turismo médico quedan a cargo del sector privado. Además en la prestación de servicios

se registran cuatro modos de suministro, lo que dificulta su registro y medición, el turismo médico se enmarca en el modo de suministro dos: consumo de servicios en el extranjero.

El turismo médico es una actividad que se relaciona con las políticas públicas de comercio y salud y, de acuerdo a la literatura especializada, presentan diferentes intereses. Por ejemplo, la política comercial promueve la inserción en la economía internacional el crecimiento económico, mientras que la política de salud se enfoca en temas de la cobertura universal en salud. El turismo médico aporta a lo primero, mientras que en las políticas de salud ha generado intensos debates relacionados con la prestación de servicios de salud, su implementación, los recursos, teniendo al Estado como el ejecutor de la política pública.

En general el turismo médico es una actividad que se ha desarrollado al margen de todo marco regulatorio, por el impulso del sector privado de servicios de salud. Las experiencias señalan que tiene mucha acogida en el sector privado y, en países como Costa Rica, la actividad ha sido declarada de interés nacional. Hasta el momento solo en Puerto Rico tiene aprobada una ley que fomenta su desarrollo, en el resto de países donde se promueve la actividad hay una estructura programática para el impulso del turismo médico, por lo general, a cargo de los ministerios de turismo.

Con esto se demuestra que en nuestro país los ciudadanos extranjeros no tienen ningún impedimento, según la base legal, para acceder a los servicios de salud independiente de su diagnóstico médico. También tienen que cumplir con procedimientos administrativos propios de los establecimientos de salud a los que se someten los residentes del país en los que hacen uso de los servicios públicos de salud.

Después de la revisión de la estructura institucional, se concluye que hay un escenario favorable para la implementación del turismo médico.

Para cumplir con el segundo objetivo específico se revisó la estructura institucional para conocer la interacción de la política de comercio, turismo y salud con la aplicación del turismo médico en el Ecuador y se presenta la siguiente relación de hechos:

Desde los sectores del comercio y turismo existe una estructura normativa y programática que favorece la implementación del turismo médico. También existen

mecanismos de articulación y coordinación que, en unos casos incluye a todos los sectores y en otros no, por lo que se considera una debilidad entre las instituciones involucradas para el desarrollo de la actividad.

En el Ecuador es real la prestación de servicios de salud a extranjeros desde el sector público y privado. En el sector público se cumple con la garantía constitucional del derecho a la salud a toda la población residente en el país y para fortalecer los servicios públicos de salud. Mientras que el sector privado, que ha tenido una ampliación importante en la provisión de servicios de salud, atiende a las personas que puedan pagar por el servicio y a pacientes derivados del sector público.

De la revisión de la política pública se establece lo siguiente:

Desde el Ministerio de Turismo se ha impulsado lo que se denomina turismo de bienestar relacionado a servicios de medicina ancestral, *spa* y termalismo, a pesar de que tienen estudios de consultoría para la implementación del turismo médico, el tema se posterga hasta el año 2017 y en su lugar se promociona el turismo de bienestar; en un momento dado se promocionó el producto en la página web del Ministerio, que repentinamente dejó de publicitarse por razones indicadas en el desarrollo de la investigación.

El déficit de la balanza de servicios fue una buena oportunidad para impulsar el turismo médico bajo el modo de suministro dos, iniciativa que no prosperó por la falta de interés del MSP y por la falta de coordinación en este caso del Ministerio de Turismo. En las negociaciones del Acuerdo Comercial con la Unión Europea, en el tema de servicios de hospital, no hay ninguna limitación para que extranjeros reciban atención médica en el país, tampoco se registra participación de la ASN en estas negociaciones.

Desde el Ministerio de Salud Pública se impulsa lo que establece la constitución: un cambio en el modelo de atención, mayor asignación de recursos y el fortalecimiento institucional, gratuidad y fortalecimiento de los servicios de salud. La implementación del turismo médico, desde esta perspectiva, no se ajusta con la política de gratuidad establecida en la Constitución. El turismo médico se ajusta a los intereses de lucro del sector privado.

Una vez que se ha analizado el criterio de los actores se concluye con lo siguiente:

Todos los actores reconocen la existencia de turismo médico en el Ecuador, a través del sector privado, sus beneficios económicos, profesionales capacitados, moderna infraestructura y equipamiento tecnológico.

No existe una política pública para implementar el turismo médico, el desarrollo actual se da por iniciativa de los médicos del sector privado.

Desde el sector público, dependiendo del actor, existe una percepción diferente de la política pública y turismo médico. Desde el MSP se menciona que para la implementación de la actividad tiene que haber una normativa adecuada para que la prestación sea desde el sector privado, y garantizar la seguridad del paciente y la calidad de las prestaciones.

En el Ministerio de Comercio Exterior señala que el comercio de servicios de salud es una actividad marginal en el ámbito de los servicios, que puede ser una alternativa, sin embargo no hay el interés del sector privado para articular una política pública para la promoción de la actividad.

De la revisión de evidencia y entrevistas se puede concluir que si hay turismo médico en el Ecuador impulsado desde el sector privado, en procedimientos médicos y cirugía estética, por lo que la articulación de una política pública fortalecería la actividad, que se ha venido desarrollando por sí sola. Desde los médicos del sector privado hay un optimismo frente a la actividad, estas percepciones son compatibles con la revisión de la literatura especializada.

En el país no hay una política pública para fortalecer el turismo médico, lo que no quiere decir que podemos dejar de lado las oportunidades de este sector, se reconoce que vienen extranjeros en busca de servicios médicos, pero no existe articulación y coordinación en los actores involucrados. Por lo tanto se concluye que no hay compatibilidad de la política pública para la implementación del turismo médico.

Recomendaciones

Al comprobarse la existencia de turismo médico en el Ecuador debe generarse una política pública para desarrollar este sector con la participación del sector privado y la coordinación de los Ministerios de Comercio Exterior, Salud y Turismo.

La implementación de una política pública debe contener un análisis detallado del turismo médico, para lo que es necesario conocer el número de extranjeros que reciben atención de salud en el sector privado, a través de la publicación de la información de egresos hospitalarios, además de una reforma la Tarjeta de Migración Andina en la que se incluya una alternativa relacionada con la salud, lo que permitirá estimar el ingreso de turistas por este motivo. También debe contener el tipo de prestaciones que va a incluir la oferta, por ejemplo la política pública puede iniciar la promoción con cirugía plástica y tratamientos dentales.

Las acciones que deben tomar los actores involucrados es la siguiente: iniciar el diálogo entre el sector público y privado con el fin de impulsar la actividad. Este diálogo estratégico permitirá identificar el tipo de prestaciones que este segmento puede ofrecer al mercado del turismo médico.

Bibliografía

- Almeida, Mayra, y Gustavo Villota. 2012. “Demanda de los servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán por parte de usuarios de nacionalidad colombiana, periodo enero a julio 2012”. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Tqxb8GbWWSUK2DrQYVwCvCA&bvm=bv.94911696,d.cWc.
- Álvarez-Gayou, Juan Luis. 2003. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Primera. México: Paidós Educador. <https://mayestra.files.wordpress.com/2013/03/bibliografc3ada-de-referencia-investigacic3b3n-cualitativa-juan-luis-alvarez-gayou-jurgenson.pdf>.
- Álvarez, Melisa Martínez, Rupa Chanda, y Richard D. Smith. 2011. “The Potential for Bi-Lateral Agreements in Medical Tourism: A Qualitative Study of Stakeholder Perspectives from the UK and India”. *Globalization and Health* 7 (1): 11. doi:10.1186/1744-8603-7-11.
- Andes. 2014. “Peruanos aprovechan el servicio de salud ecuatoriano en localidades fronterizas”. <http://www.andes.info.ec/es/noticias/peruanos-aprovechan-servicio-salud-ecuatoriano-localidades-fronterizas.html>.
- Ardila, Diana Marcela, Aurelio Enrique Mejía, Juan Camilo Tamayo, Aurelio Enrique, Tamayo R, y Juan Camilo. 2006. “Los servicios de salud en los acuerdos de librecomercio: el caso colombiano”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 24 (2): 131–41.
- Artecona, Raquel. 2012. “US healthreform and medical tourismopportunities”. Washington: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Banco Interamericano de Desarrollo. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/47870/US_Health_reform_and_Medical_Tourism_L121.pdf.
- Banco Mundial. 2015. “Turismo internacional, número de arribos”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/ST.INT.ARVL?display=default>.
- Barriga, Adriana Milena Barriga, Martha Lucía Farías Villarraga, Ángela Liliana Ruiz Barreto, Angie Jennefer Sánchez Victoria, y Wilson Giovanni Jiménez Barbosa. 2011. “Turismo En Salud: Una Tendencia Mundial Que Se Abre Paso En Colombia”. *Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual Y Ocular* 9 (1): 125–37.
- BCE (Banco Central del Ecuador). 1999. “Boletín Trimestral de la Balanza de Pagos del Ecuador N° 1”. <http://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorExterno/BalanzaPagos/boletin1/indice.htm>.
- . 2015a. “Boletín Trimestral de la Balanza de Pagos del Ecuador N° 50”. Banco Central del Ecuador. <http://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorExterno/BalanzaPagos/boletin50/indice.htm>.
- . 2015b. “Información Estadística Mensual”. <http://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>.
- Bernal, Richard. 2007. “La globalización de la atención de la salud: oportunidades para el Caribe”.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2007. “Diseño del plan estratégico de desarrollo de turismo sostenible para Ecuador ‘PLANDETUR 2020’ Informe Final”. Consultoría Cooperación Técnica n° ATN/FG-9903-EC.

- BIRF (Banco Mundial). 2014. “PIB per cápita (US\$ a precios actuales)”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>.
- Bolis, Mónica. 2001. “Turismo de salud en América Latina y el Caribe de habla inglesa”. Organización Mundial de la Salud. <http://fama2.us.es:8080/turismo/turismonet1/economia%20del%20turismo/turismo%20de%20salud/TURISMO%20DE%20SALUD%20EN%20AMERICA%20LATINA%20Y%20CARIBE%20DE%20HABLA%20INGLESA.PDF>.
- Borja, Rodrigo. 2015. “Enciclopedia de la Política”. Consultado mayo 25. <http://www.encyclopediadelapolitica.org/Default.aspx?i=&por=p&idind=1200&termino=>.
- Cañizares, Agustín, y Álvaro Santos. 2011. “Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis.” N° 174. Sanidad. Madrid: Fundación Alternativas. http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2002. “Globalización y desarrollo”. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2724/S2002024_es.pdf?sequence=2.
- . 2010. “Clases medias y desarrollo en América Latina”. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1408/S2010540_es.pdf?sequence=1.
- . 2014. “Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37344/S1420978_es.pdf?sequence=68.
- Chanda, Rupa. 2002. “Trade in health services”. *Bulletin of the World Health Organization* 80 (2): 158–63. doi:10.1590/S0042-96862002000200012.
- COMEX (Ministerio de Comercio Exterior del Ecuador). 2014. “Paquete de cierre de la negociación comercial Ecuador -Unión Europea. Servicios-Lista de Compromisos del Ecuador.” <http://www.comercioexterior.gob.ec/wp-content/uploads/2014/09/EQU-LISTA-DE-COMPROMISOS-SERVICIOS-1.pdf>.
- Constitución Política del Ecuador. 2008. Montecristi. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
- Corporación de Turismo Médico. 2015. “Turismo de Salud: Receta para el Desarrollo”. *Puerto Rico Medical Tourism Corporation*. Consultado mayo 24. <http://www.turismodesaludpr.com/>.
- Costa Rica Azul. 2013. “Nuestra posición sobre el turismo médico”. *Costa Rica Azul*. octubre 18. <http://costaricaazul.com/blog/turismo-medico-costa-rica/>.
- Despegar.com. 2015. “Comparativo de Precios”. *despegar.com*. <http://www.despegar.com.ec/vuelos/mia/eze/vuelos-a-aeropuerto+buenos+aires+ministro+pistarini+ezeiza-desde-miami>.
- Drager, Nick, y David Fidler. 2004. “El AGCS y los Servicios Relacionados con la Salud”. http://www.who.int/trade/resource/es/GATSfoldout_s.pdf.
- Ecuador. Congreso Nacional. 2002. *Ley de Turismo*. Vol. Registro Oficial Suplemento 733.

- Ecuador, Decreto Ejecutivo 1186. 2008. *Reglamento General Ley de Turismo*. <http://www.turismo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/Reglamento-General-Ley-de-Turismo.pdf>.
- Ecuador. Presidencia de la República. 2012. *Decreto N° 1.182 de 2012 - Reglamento para la aplicación del derecho de refugio*. <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8604.pdf?view=1>.
- Ecuador. Presidencia de la República Ecuador. 2013. *Decreto Ejecutivo No. 25. Creación del Ministerio de Comercio Exterior*. <https://www.comercioexterior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/Decreto-25.pdf>.
- Ecuador, Registro Oficial. 2010. *Código orgánico de la producción, comercio e inversiones. Código orgánico de la producción, comercio e inversiones*. Vol. 351. <http://www.produccion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/codigoproduccion.pdf>.
- EKOS negocios. 2012. “Salud y Bienestar. Actores, servicios y tendencias 2012”.
- El Comercio. 2015. “Los inmigrantes tienen barreras para acceder a servicios de salud”, mayo 17. <http://www.elcomercio.com/tendencias/inmigrantes-ecuador-acceso-salud-refugiados.html>.
- El Peruano. 2014. *Ley N° 30255. Ley que modifica los artículos 1, 4 y 5 y deroga el artículo 3 de la Ley 29942, Ley que establece medidas para el cumplimiento del Acuerdo Bilateral para Brindar Atención de Salud Recíproca a los Nacionales de la República del Perú y de la República del Ecuador*.
- El Universo. 2015. “NathalieCely define sus prioridades al retornar al ministerio de la Producción”. *El Universo*, marzo 24. <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/03/24/nota/4698981/nathalie-cely-define-sus-prioridades-retornar-ministerio-produccion>.
- e-SIGEF. 2014. “Sistema Integrado de Gestión Financiera”. <https://esigef.finanzas.gob.ec/eSIGEF/menu/index.html>.
- Estrategia y Negocios. 2015. “Jubilados estadounidenses eligen vivir en el extranjero: conozca la razón”. *Revista Estrategia & Negocios*, julio 8. <http://www.estrategiaynegocios.net/lasclavesdeldia/866745-330/jubilados-estadounidenses-eligen-vivir-en-el-extranjero-conozca-la-razon>.
- Eur-Lex. 2011. “Directiva 2011-24-UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”. http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/decisionmaking_process/114527_es.htm.
- Expreso. 2013. “Expreso | Una bella industria en Guayaquil”, diciembre 16. http://expreso.ec/expreso/plantillas/nota_print.aspx?idArt=5402485&tipo=2.
- “Facts & Statistics | Health Tourism, Health Care, Medical Travel | MedicalTourism.com”. 2015. Consultado abril 1. <http://www.medicaltourism.com/Forms/facts-statistics.aspx>.
- Falconí, Juan. 2015a. “Los servicios en el Ecuador: algunos desafíos en el corto plazo”. presentado en MULTI-YEAR EXPERT MEETING ON TRADE, SERVICES AND DEVELOPMENT, Geneva, mayo. http://unctad.org/meetings/en/Presentation/c1mem3_2015_p18_Falconi_en.pdf.
- . 2015b Audio.

- FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador) Ecuador. 2012. “No se puede ser refugiado toda la vida...” Refugiados colombianos y colombianas en Quito y Guayaquil”. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2013/9172.pdf?view=1>.
- Footman, Katharine, Cécile Knai, Rita Baeten, Ketevan Glonti, y Martin McKee. 2014. “Cross-border health care in Europe”. Policy Summary 14. Copenhagen: World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/263538/Cross-border-health-care-in-Europe-Eng.pdf?ua=1.
- Fundación Municipal de Turismo. 2011. “Informe de labores 2011”. Cuenca: Alcaldía de Cuenca. <http://www.cuenca.com.ec/cuencanew/sites/default/files/styles/node-detail/public/field/image/Informe2011.pdf>.
- Gaviria, Alejandro. 2014. “Logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ConsultorSalud_PND%202014-2018_Salud%20y%20Proteccion%20Social_23%20de%20Oct%202014.pdf.
- Green Consulting. 2011. “Plan Estratégico de Desarrollo Turístico del destino Cuenca y su área de influencia. Documento Final”. Consultoría. Cuenca: Ministerio de Turismo del Ecuador, Fundación Municipal Turismo para Cuenca.
- Hadi, Addullahel. 2009. “Globalization medical tourism and health equity”. <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Globalization%20medical%20tourism%20and%20health%20equity.pdf>.
- Helble, Matthias. 2011. “The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health”, *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (1): 1–80.
- Horowitz, Michael D., Jeffrey A. Rosensweig, y Christopher A. Jones. 2007. “Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace”. *Medscape General Medicine* 9 (4): 33.
- Hospital Pablo Tobón Uribe. 2015. “Sección Pacientes Internacionales”. <http://www.hospitalpablotobonuribe.info/>.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2014a. “Estadística de Entradas y Salidas Internacionales -2013”. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/migracion-2013/>.
- . 2014b. “Estadísticas de Entradas y Salidas Internacionales 2014”. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/migracion-2014/>.
- . 2015. “Actividades y Recursos de Salud 2013”. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>.
- Iturralde, Pablo José. 2014. “El negocio invisible de la salud: análisis de la acumulación de capital en el sistema de salud del Ecuador”. Cuadernos para el debate. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales, CDES.
- Johnston, Rory, Valorie A. Crooks, Jeremy Snyder, y Paul Kingsbury. 2010. “What Is Known about the Effects of Medical Tourism in Destination and Departure Countries? A Scoping Review”. *International Journal for Equity in Health* 9 (1): 24. doi:10.1186/1475-9276-9-24.

- Kiss, Katalin. 2012. "Analysis of demand for wellness and medical tourism in Hungary". *Research in Agricultural Applied Economics*. <http://ageconsearch.umn.edu/handle/147415>.
- La Gaceta. 2012. "Decreto Ejecutivo N° 37392-TUR-MEIC-S-COMEX". http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2012/11/26/COMP_26_11_2012.html#_To c341422961.
- La Prensa. 2015. "Aumentan ingresos por turismo médico en el país". 6 de Marzo del 2015. <http://www.laprensagrafica.com/2015/03/06/aumentan-ingresos-por-turismo-medico-en-el-pais>.
- LexJuris. 2010. "Ley Núm. 196 del año 2010. Ley de Turismo Médico de Puerto Rico y derogar la Ley Núm. 52 de 2006; añadir un apartado (5) al inciso (c) del Artículo 22 de la Ley Núm. 139 de 2008; Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplinas Médicas". <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2010/lexl2010196.htm>.
- López, Andrés, Daniela Ramos, y Iván Torre. 2009. "Las exportaciones de servicios de América Latina y su integración en las cadenas globales de valor". Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/35963/docw37fin.pdf>.
- López, Ramiro. 2015Audio.
- Lunt, Neil. 2015. "International Patients on Operation Vacation: Medical Refuge and Health System Crisis Comment on 'International Patients on Operation Vacation - Perspectives of Patients Travelling to Hungary for Orthopaedic Treatments'". *International Journal of Health Policy and Management* 4 (5): 323–25. doi:10.15171/ijhpm.2015.56.
- Lunt, Neil, y Percivil Carrera. 2010. "Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad". *Elsevier, Maturitas*, 66: 27–32.
- Masoud, Ferdosi, JabbariAlireza, KeyvanaraMahmoud, y AgharahimiZahra. 2013. "A systematic review of publications studies on medical tourism". *Journal of Education and Health Promotion* 2 (septiembre). doi:10.4103/2277-9531.119037.
- MCPEC (Ministerio Coordinador de Producción, Empleo y Competitividad). 2010a. "Agenda para la Transformación Productiva." Quito. http://www.produccion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Agenda_Productiva%5B1%5D.pdf.
- . 2010b. "Agenda para la Transformación Productiva. Por un Ecuador Positivo Inclusivo y en Potencia". http://www.produccion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Agenda_Productiva%5B1%5D.pdf.
- . 2013a. "Compromiso Presidencial SIGOB 15518, 'PLAN INTEGRAL DE PROPUESTAS PARA MEJORAR LA BALANZA DE SERVICIOS'". Documentos Internos. Quito: Ministerio de Coordinación de la Producción, Empleo y Competitividad.
- . 2013b. "Presentación de propuestas finales para el Plan integral para mejorar la Balanza de Servicios". Documentos Internos. Quito: Ministerio de Coordinación de la Producción, Empleo y Competitividad.
- Medical GroupTurism. 2015. "Precios de procedimientos médicos en el Ecuador". <http://www.turismomedicoecuador.com/costos-precios-cirugias-turismo-medico.html>.
- Medical Tourism. 2015. "Compare prices". <http://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>.

- Medical Tourism Association. 2015. “Medical Tourism Survey Report. Executive Summary”. Consultado mayo 14. <http://www.medicaltourismassociation.com/en/2013-mta-survey-report.html>.
- Mena, Ana Cristina. 2015 Audio.
- Mera, Christian. 2015. “Solicitud de cita para entrevista referente a turismo médico”, julio 28. <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/14ed186fb6c5f4f8>.
- MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social). 2009. *Manual Operativo de la Red de Protección Solidaria*.
- MINCIT (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo). 2013. “Así avanza la transformación productiva 2013”. Bogotá.
- MINCIT (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo), República de Colombia, y McKinsey&Company. 2009. “Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia”. Bogotá. <https://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=607&conID=1>.
- MINETUR (Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Gobierno de España). 2013. “Turismo de salud en España”. http://www.minetur.gob.es/turismo/es-ES/PNIT/Eje3/Documents/turismo_salud_espana.pdf.
- MINSAL (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile). 2011. “Norma Técnica para el Registro de las Listas de Espera”. Santiago: Departamento de Gestión de la Información, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Nueva%20Norma%20de%20Listas%20de%20Espera%202011.pdf>.
- MINSA (Ministerio de Salud del Perú). 2014. *Directiva Administrativa N° 001-2014-SIS*. Vol. N° 261–2014/SIS.
- MINTUR (Ministerio de Turismo del Ecuador). 2009. “Plan Integral de Marketing Turístico de Ecuador PIMTE 2014”. Quito: Ministerio de Turismo.
- . 2014. “Anuario de Estadísticas Turísticas 2009-2013”. Quito: Ministerio de turismo del Ecuador. <http://servicios.turismo.gob.ec/index.php/portfolio/turismo-cifras/175-anuario-de-estadisticas-turisticas>.
- . 2015a. “Valores, Misión, Visión”. *Ministerio de Turismo*. <https://www.turismo.gob.ec/el-ministerio/>.
- . 2015b. “Principales Indicadores de Turismo. Marzo 2015”. Quito: Ministerio de turismo del Ecuador. <http://servicios.turismo.gob.ec/descargas/Turismo-cifras/BoletinesEstadisticos/TurismoReceptor/Boletines-estadisticos-reporte-mensual-de-turismo-receptor-marzo-2015.pdf>.
- Mora, Elsa. 2008. “La regulación del Comercio de Servicios”. *Información Comercial Española*, julio. <http://www.revistasice.com/en/ICE/Pages/TodasLasRevistas.aspx>.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2012. *Para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria de prestadores de Servicios de salud*.
- . 2013a. “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS”. Ministerio de Salud Pública. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf.
- . 2013b. “Producción ambulatoria por nacionalidad, RDACAA 2013”. *Tableau Public*.

- https://public.tableau.com/s/profile/publish/CONSULTAS_RDACAA_2013/Presen-tacin.
- . 2013c. “Presentación de propuestas finales para el Plan Integral para mejorar la Balanza de Servicios”. Documentos Internos. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2014a. “Presentación de propuestas finales para el Plan Integral para mejorar la Balanza de Servicios.” Documentos Internos. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2014b. “Informe Técnico: Pertinencia del Turismo Médico en Ecuador”. Quito: Dirección de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública.
- . 2015. “Criterio jurídico sobre pacientes extranjeros que presentan enfermedades catastróficas”.
- MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). 2014. “Sistema de Información de Lista de Espera”. Varios. Listas de Espera del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>.
- NaRanong, Anchana, y VirojNaRanong. 2011. “Efectos del turismo médico: el caso de Tailandia”. *WHO*, Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 89 (5): 317–92.
- OMC (Organización Mundial del Comercio). 1994. “Anexo 1B, Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios”. abril. http://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/26-gats.pdf.
- . 1995. *Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios*.
- . 2013. “Informe sobre el Comercio Mundial 2013. Factores que determinan el futuro del comercio.” Ginebra: Organización Mundial del Comercio. https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/world_trade_report13_s.pdf.
- . 2015. “El Acuerdo sobre el Comercio de Servicios (AGCS): objetivos, alcance y disciplinas. Todo lo que quería saber sobre el AGCS.” https://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsqa_s.htm.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1986. “Promoción de Salud: Carta de Ottawa”. http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es.
- . 2003. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. <http://www.who.int/fctc/es/>.
- . 2006. “59a Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones.” Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/WHA59_2006_REC1-sp.pdf.
- . 2015. “Global Health Observatory Data Repository”. *WHO*. Consultado mayo 26. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), y OMC (Organización Mundial de Comercio). 2002. “Los Acuerdos de la OMC y la Salud Pública. Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC”. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial del Comercio. https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/who_wto_s.pdf.
- OMT (Organización Mundial del Turismo). 2015. “World Tourism Barometer”. http://dtxqt4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_barom15_02_april_excerpt.pdf.
- ONU (Naciones Unidas), Eurostat (Oficina de Estadística de la Unión Europea), FMI (Fondo Monetario Internacional), OCDE (Organización de Cooperación y

- Desarrollo Económicos), OMC (Organización Mundial del Comercio), y OMT (Organización Mundial del Turismo). 2012. “Manual de Estadísticas del Comercio Internacional de Servicios. 2010”. Ginebra, Luxemburgo, Madrid, Nueva York, Washington D.C.
[http://unstats.un.org/unsd/tradeserv/TFSITS/msits2010/docs/MSITS%202010%20M86%20\(Sp\)%20web.pdf](http://unstats.un.org/unsd/tradeserv/TFSITS/msits2010/docs/MSITS%202010%20M86%20(Sp)%20web.pdf).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2008. “Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Tercera edición. Washington: Organización Panamericana de Salud.
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fecu%2Findex.php%3Fgid%3D74%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download&ei=12E6VZmBIY7I sASW5YBw&usg=AFQjCNE6o54EzYE4RcHUFG-PYEgKo4db9g&bvm=bv.91427555,d.cWc.
- Ordóñez, Jessica Andrea. 2011. “Los servicios en Ecuador: crecimiento e importancia”. 7. Informe de Coyuntura Económica. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
<http://www.utpl.edu.ec/comunicacion/wp-content/uploads/2012/12/utpl-Informe-de-coyuntura-economica-N-7-ano-2011.pdf>.
- Pachanee, Cha-aim, y SuwitWibulpolprasert. 2006. “Incoherent Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand”. *Health Policy and Planning* 21 (4): 310–18. doi:10.1093/heapol/czl017.
- Patient Beyond Borders. 2011. “Hospitals and Dental Surgery in Costa Rica”. marzo 11.
<http://www.patientsbeyondborders.com/costa-rica>.
- . 2015. “Medical Care, Hospitals, Dentistry in Mexico.”
<http://www.patientsbeyondborders.com/mexico>.
- Patients Beyond Borders. 2011. “Articles & Reviews | Medical Tourism | Patients Beyond Borders”. mayo 17. <http://www.patientsbeyondborders.com/reviews>.
- Pesantez, Santiago. 2015Audio.
- Pocock, Nicola S., y Kai Hong Phua. 2011. “Medical Tourism and Policy Implications for Health Systems: A Conceptual Framework from a Comparative Study of Thailand, Singapore and Malaysia”. *Globalization and Health* 7 (1): 12. doi:10.1186/1744-8603-7-12.
- Portas, Eduardo. 2011. “El comercio internacional de servicios de salud en México: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas”. Text.
<http://www.cepal.org/es/publicaciones/el-comercio-internacional-de-servicios-de-salud-en-mexico-fortalezas-opportunidades>.
- PRO ECUADOR (Instituto de Promoción de Exportaciones e Inversiones). 2015. “Misión de Proecuador”. *PRO ECUADOR*.
<http://www.proecuador.gob.ec/institucional/mision/>.
- PROMED (Consejo para la Promoción Internacional de la Medicina de Costa Rica). 2015. “Turismo de Salud”. Consultado mayo 22. <http://promedresources.org/perfil/>.
- ProMéxico. 2014. “Turismo salud”. Sector Salud. Ciudad de México: PROMEXICO.
http://mim.promexico.gob.mx/work/sites/mim/resources/LocalContent/374/2/DS_Turismo_salud_ES.pdf.
- . 2015. “Misión, visión, valores y objetivos”.
<https://www.promexico.gob.mx/es/mx/mision-vision-valores-objetivos>.

- PTP (Programa de Transformación Productiva). 2015a. “Exportaciones de Servicios de Salud”. Consultado mayo 1. <http://ptp.amagi4all.com/informacion-estadistica/turismo/turismo-en-salud>.
- . 2015b. “¿Qué es el Programa de Transformación Productiva?” Consultado mayo 5. <https://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=607&conID=1>.
- Ramos, María Patricia. 2010. “Migración peruana a Ecuador: ¿en espera de una regulación definitiva?” N o.1. Boletín de Coyuntura del Sistema de Información sobre Migraciones Andinas. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. http://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/13664.Sima_web.pdf.
- República de Colombia. 2015. *Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
- Revista Semana. 2014. “Una inyección al turismo”. junio 15. <http://www.semana.ec/ediciones/2014/06/15/actualidad/actualidad/una-inyeccion-al-turismo/>.
- Rosales, Osvaldo. 2015. “La globalización y los nuevos escenarios del comercio internacional.” *Revista CEPAL*. Consultado marzo 16. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11272/097077095_es.pdf?sequence=1.
- Salvador, Aldo. 2015Audio.
- Senado de México. 2014a. “Iniciativa de Ley General de Turismo Médico”. <http://www.senado.gob.mx/>. <http://www.senado.gob.mx/?ver=ba&mn=1&sm=11&str=turismo+medico>.
- Senado de México, i. 2014b. “Iniciativa de Ley General de Turismo Médico”. México: Senado de la República. http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/62/3/2014-11-25-1/assets/documentos/Ini_FINAL_Turismo_Medico.pdf.
- Senplades (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). 2013. “Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017 Todo el mundo mejor”. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>.
- SEPROYCO. 2011. “Construcción del plan nacional de desarrollo y consolidación del producto turístico de salud. Informe Final”. Consultoría para el Ministerio de Turismo. Quito. http://www.seproyco.com/www/index.php?option=com_content&view=article&id=299:construccion-del-plan-nacional-de-desarrollo-y-consolidacion-del-producto-turistico-de-salud&catid=81:salud&Itemid=181.
- Silva, Mariela Alexandra. 2012. “Análisis del desarrollo del turismo de salud en la ciudad de Cuenca”. Cuenca: Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1637/1/tur110.pdf>.
- Smith, Richard, RupaChanda, y VirogTangcharoensathien. 2009. “Trade in health-related services” 373. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(08\)61778-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(08)61778-X.pdf).
- Smith, Richard, Kelley Lee, y Nick Drager. 2009. “Trade and Health: An Agenda for Action”. *The Lancet* 373 (9663): 527–29. doi:10.1016/S0140-6736(08)61761-4.

- Snyder, Jeremy, Valorie A. Crooks, Leigh Turner, y Rory Johnston. 2013. "Understanding the Impacts of Medical Tourism on Health Human Resources in Barbados: A Prospective, Qualitative Study of Stakeholder Perceptions". *International Journal for Equity in Health* 12 (1): 2. doi:10.1186/1475-9276-12-2.
- Thomson, Sarah, Robin Osborn, David Squires, y Sarah Jane Reed. 2011. "International Profiles of Health Care Systems, 2011". The Commonwealth. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf.
- turismomedico.org. 2011. "Cuenca: Se promueve turismo de salud en Cuenca". *Turismo Médico*. <http://turismomedico.org/cuenca-se-promueve-turismo-de-salud-en-cuenca/>.
- Umaña-Peña, Román, y Carlos Álvarez-Dardet. 2005. "El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública". *Gaceta Sanitaria* 19 (6): 475–80.
- Vargas, Arturo. 2014. "Globalization and medical tourism: the North American experience Comment on 'Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective'". *International Journal of Health Policy and Management* 3 (1): 47–49. doi:10.15171/ijhpm.2014.57.
- Vargas, Ileana. 2012. "La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos." *Revista Calidad en la Educación Superior*, mayo.
- Villacrés, Nilda. 2012. "Sistema de Salud Ecuador". <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>.

Anexos

Anexo 1: Lista de Siglas

AGCS: Acuerdo General sobre Comercio de Servicios
ASN: Autoridad Sanitaria Nacional
BCE: Banco Central del Ecuador
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAMED: Consejo Nacional de Arbitraje Médico, México
COMEX: Ministerio de Comercio Exterior del Ecuador
e-SIGEF: Sistema electrónico de gestión financiera del Ministerio de Finanzas del Ecuador
EUA: Estados Unidos de América
FLACSO: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador
INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador
MCPEC: Ministerio Coordinador de Producción, Empleo y Competitividad
MINCIT: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de la República de Colombia
MINETUR: Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Gobierno de España
MINTUR: Ministerio de Turismo del Ecuador
MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMC: Organización Mundial del Comercio
OMS: Organización Mundial de la salud
OMT: Organización Mundial del Turismo
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PIB: Producto Interno Bruto
PNBV: Plan Nacional del Buen Vivir
PROMED: Consejo para la Promoción Internacional de la Medicina de Costa Rica
PTP: Programa de Transformación Productiva en la República de Colombia
RDACAA: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
RPIS: Red Publica Integral de Salud, Ecuador
RPSS: Red de Protección Social en Salud del Ecuador
SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador
SEPROYCO: Servicios, Proyectos y Consultoría, Quito
SOLCA: Sociedad de Lucha contra el Cáncer